

گزارش نویسی

تعریف: تعویض و تبادل اطلاعات در مورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند.

به صورت (Consultation) یا مشاوره (Report) گزارش شفاهی ، (Record) گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه مینمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران میباشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی ، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

۱. حقیقت **Actuality**

۲. دقت **Accuracy**

۳. کامل و مختصر **Completeness and Concise**

۴. پویا **Current**

۵. سازماندهی **Organize**

۶. محرمانه **Confidential**

گزارشات تلفنی :

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

➤ اطلاعات واضح است

➤ اطلاعات صحیح است

➤ اطلاعات دقیق است

➤ اطلاعات خلاصه است

گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده وی ثبت گردد. موارد ثبت شده عبارتند از:

زمان و نام فرد ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی ، اطلاعات ارائه و دریافت شده دربرگه گزارش ثبت شود مثلا : در ساعت ۲۲:۱۰ به پرستار د - سر / .دکتره - ح تلفن نمودم و اطلاع دادم جواب آزمایش سطح پتاسیم آقای احمدی ۲.۳ می باشد. درموقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سؤال پزشک از جمله علائم حیاتی قبلی بیمار، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده میشود .
راهنمای دستور تلفنی:

برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک مجددا از وی بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند نام بیمار ، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقا مشخص شود.
پس از اتمام دستورات پزشک ، دستورات وی مجددا بازگو شود .
طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل تاریخ و زمان دستور داده شده ، نام بیمار، پرستار ، پزشک و دستور داده شده می باشد که باید بطور کامل نوشته شود.
از مقررات بیمارستان پیروی کنید . دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.
(بر اساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند) حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی .

گزارش انتقالی :

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبتهای انجام شده را دربرگه انتقال بنویسد . مثلا موقع انتقال بیمار از بخشهای ویژه و یا ریکاوری به بخشهای دیگر .
گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری داده میشود . پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش انتقال مورد توجه قرار دهد :

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

۲- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر

۳- برنامه مراقبتهای در حال حاضر

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

۵- وسایل خاص مورد نیاز بیمار مثل لوله ها و وسایل طبی .

۶- توجهات خاص مانند (وضعیت ایزولاسیون و یا احیای قلبی ریوی)

گزارش حوادث :

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

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

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

به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.

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

برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود .

حادثه باید هرچه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود .

گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد .

گزارش نباید کپی شود .

نکات کلیدی :

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن

گزارش پرستاری یادآوری می گردد:

۱ - جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید .

۲ - جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید .

۳ - به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .

۴ - مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید .

۵ - جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید . لازم به ذکر است که باید گزارش پرستاری در هر

شیفت به صورت مجزائوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد .

۶ - وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید .

- ۷- تعداد و ریتم ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پیس میکر) (.....جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- ۹- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.
- ۱۰- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۱۱- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ۱۲- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ۱۳- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
- ۱۴- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ۱۵- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.
- ۱۶- انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
- ۱۷- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵ ، توسط همراهیان) (....) وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.
- ۱۸- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید .(آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و)
- ۱۹- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
- ۲۰- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار ، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها ، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۲۱- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع در یافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.
- ۲۲- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پروند (I&O)

در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی دقیق ثبت شود.

۲۳ - شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته را در برگه جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید

۲۴ - هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده میشود را ثبت نماید.

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

۲۶ - مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.

۲۷ - دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نماید.

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

۲۹ - زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد. که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها)

۳۰ - در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود (برخی از علل احتمالی عبارتند از : موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار ؛ ...)

۳۱ - اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش مینمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

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

❖ دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود

❖ دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود

❖ زمان برقراری تماس تلفنی ، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده، اطلاعات داده شده و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.

۳۳ - از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.

۳۴ - جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید

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

۲. در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «Error» یا « اشتباه را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه

از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

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

❖ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری.

❖ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.

❖ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین.

❖ تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.

بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

(C.P.R) ۲۶ - گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی

۲۷ - در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری وابتدا وانتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.

۲۸ - در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

۲۹ - آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.

۴۰ - در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نماید.

۴۱ - در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا

پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع

پزشک معالج اجرا گردد.

۴۲ - از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند پرهیزید .

۴۳ - از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید .

۴۴ - گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود . در بخشهای ویژه و

باشد گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت **case method** یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت گردد

و در انتهای شیفت بسته شود.

۴۵ - انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار،

و ساعت پایان گزارش مربوطه به طور خوانا ثبت شود.

۴۶ - گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نماید.

زینب نبی زاده (سوپر وایزر آموزشی)