

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان زنجان

بیمارستان حضرت امیرالمومنین (ع) خدابنده

## اصول گزارش نویسی پرستاری

تهیه کننده:

دکتر حامد سبحانی

ریاست بیمارستان

تایید کننده:

علی قائم پناه

مدیر خدمات پرستاری

تهیه کننده:

فریدون سعادت

سوپروایزر آموزشی

منبع:

کتاب استاندارد های اعتباربخشی ویرایش پنجم

کتاب راهنمای خدمات پرستاری

سال ۱۴۰۱

- ۱- قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
  - ۲- مهر و امضا در ذیل هر گزارش پرستاری
  - ۳- ثبت شکایت اصلی بیمار (در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش) "شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار میباشد"
  - ۴- ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
  - علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی
  - ۵- ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
  - ۶- ارزیابی وضعیت هوشیاری\* بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و ثبت آن در پرونده بیمار
  - ۷- ارزیابی سلامت جسمی\*\* بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار
  - ۸- ارزیابی سلامت روحی\*\*\* بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار
  - نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری در بخشهای بستری و اورژانس با استفاده از یک روش معتبر ، توسط بیمارستان تعیین شود.
  - توصیه . در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستاری مدنظر قرار گیرد
  - ۹- کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای آن\*
  - ۱۰- ثبت نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده در گزارش پرستاری
  - ۱۱- دستورات صادره توسط پزشک باید بعد از هر بار ویزیت و در اولین فرصت ممکن توسط پرستار کنترل و برنامه ریزی گردد.
  - ۱۲- در بدو پذیرش توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارایه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت میشود
  - ۱۳- اطلاع پرستاران از توضیحات و آموزشهای لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود
  - ۱۴- در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزشها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.
  - ۱۵- پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبتهای لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
  - ۱۶- پرستار حداقل در پایان هر شیفت وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی را در فرم گزارش پرستاری ثبت مینمایند
- مثال:** طرح مراقبت پرستاری برای بیمار براساس مشکلاتی مانند قرمزی پوست به اندازه ۲در ۲در ناحیه پاشنه پا در اثر بیحرکتی بیمار،
- برنامه مراقبت شامل** تغییر وضعیت و رفع فشار و ماساژ اطراف ناحیه قرمز شده میباشد.
- در پایان شیفت صبح پرستار در گزارش پرستاری قید میکند که پس از تغییر وضعیت و برطرف کردن فشار، رنگ پوست ناحیه پاشنه پا طبیعی میباشد

قطعاً پرونده بیماری که یک شرح حال (Observation) و سیر بیماری (progress note) مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری (Nurse record) مناسب توسط پرستار داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می‌شوند.

### 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.

Actual	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness Concies	۳. کامل و مختصر
Current ness	۴. پویا
Organization	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

### حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی‌گردد.  
گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده‌هایی باشد که پرستار می‌بیند، می‌شوند، می‌بوید و احساس می‌کند.  
- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می‌نماید جدا خودداری نمایید.  
- بهیچ عنوان از کلماتی چون **به نظر می‌رسد، ظاهراً و ممکن است** استفاده نکنید.  
**مثال - گزارش صحیح:** بیمار اظهار می‌دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

**گزارش غلط:** بیمار افسرده به نظر می‌رسد.

### دقت در گزارش نویسی

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

**گزارش صحیح:** بیمار ۳۶۰ CC مایعات (آب) مصرف نموده است.

**گزارش غلط:** بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

**گزارش صحیح:** زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ CM طول دارد.

**گزارش غلط:** زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید.

- علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

- در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می‌شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- چنانچه پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.
- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

**کامل بودن گزارش:**

- اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.
- در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

گزارش طولانی	گزارش مختصر
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.	انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخنها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای چپ قوی، ۴+ دو طرفه و بدون التهاب است.

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

**پویا بودن گزارش:**

- گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.
- تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.
- فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

**سازماندهی گزارش:**

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

**محرمانه بودن گزارش:**

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

گزارشات تلفنی:

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

- \* چه موقع تماس گرفته است؟
- \* چه کسی تماس گرفته است؟
- \* با چه کسی صحبت شد؟
- \* چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت ۱۰:۲۲ pm مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۳,۲ میلی اکی والان گزارش نمود.

محمدی, پرستار بخش

تاریخ, امضا

دستورات تلفنی:

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

دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود. وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.

نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

- \* چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمائید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- \* بطور وضوح نام بیمار, شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.
- \* هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید.
- \* تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمائید. نام بیمار, پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائید.
- \* لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد.

گزارش درد و دارو درمانی

درد:

کیفیت درد: تیز, مبهم و منتشر و ارجاع نشده

شدت درد: شدید: ۸-۱۰ متوسط ۴-۷ خفیف: ۱-۳

-----۹-۱۰----- ۸- ۷----- ۴-۵-۶----- ۱-۲-۳-----۰

درد بسیار شدید شدید متوسط خفیف فقدان درد

**دوره درد:** درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر

عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد

تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون و واکنش مددجو

دارو درمانی :

اسم دارو و شکل دارو و مقدار دارو و راه مصرف دارو و زمان مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز

داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو

به طور مثال: اینفوژیون داروهای mix

SC inj, IM inj -----> مکان تزریق

IV line -----> موضع IV line ورید سفالیک بخش قدامی دست راست -----

ID inj - دز مصرفی جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق

Drug Error و امتناع از مصرف دارو:

گزارش اشتباه و دز و روش تجویز و زمان و فرد و حذف دز و داروی تاریخ گذشته و طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار

### Procedures Record

-

#### Oxygen Therapy

- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی
- میزان اکسیژن درمانی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

#### Wound Dressing

- ناحیه زخم
- وسعت و اندازه زخم
- نزدیک بودن لبه های زخم
- وجود یا عدم وجود ترشح
- رنگ و نوع و میزان ترشح
- وجود درن
- نوع محلول شستشو
- واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی
- درن -----> توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

#### Bladder Catheterization

- هدف از سنداژ مثانه
- نوع سند جهت سنداژ
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از سنداژ
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

#### N.G.T insertion

گاواژ:

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاواژ: متناوب و مداوم

- حجم و نوع محلول گاواژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده

**لاواژ:**

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت
- واکنش مددجو

**نکات اساسی در ثبت گزارش CPR**

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.
- واکنش مردمکها
- افراد عضوتیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

**مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش**

- محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

**نکاتی در خصوص گزارش نویسی**

- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.
- ۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.
- ۳- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ۴- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.
- ۵- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید.

- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- ۷- تعداد و آهنگ ضربان قلبی تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت نمایید.
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، ضربان ساز و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- ۹- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار را یادداشت کنید.
- ۱۰- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید .
- ۱۱- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
- ۱۲- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.
- ۱۳- انحصاراً در گزارش ، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
- ۱۴- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و ...)
- ۱۵- 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.
- ۱۶- در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند و یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد ، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید نمایید.
- ۱۷- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز باید به پزشک اطلاع داده شود ثبت نمایید.
- ۱۸- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و ...) ضروری است.
- ۱۹- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.
- ۲۰- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت نمایید (نام دارو ، دوز دارو ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز).
- ۲۱- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی ، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
  - ۲۱-۱ دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود
  - ۲۱-۲ دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.
- ۲۱-۳ زمان برقراری تماس تلفنی ، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده اطلاعات داده شود و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.
- ۲۲- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.
- ۲۳- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
  - ۲۳-۱ بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.
  - ۲۳-۲ در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اشتباه» یا «Error» را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اشتباه» یا «Error» ادامه دهید.
  - ۲۳-۳ تاریخ ، ساعت و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.
  - ۲۴- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:
    - ۲۴-۱ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.
    - ۲۴-۲ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
  - ۲۵- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی وجود نداشته باشد.
  - ۲۶- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.
  - ۲۷- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.
  - ۲۸- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقاً گزارش نمایید
  - ۲۹- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.