

گایدلاین گزارش نویسی

تهیه و تنظیم:

کمیته آموزش معاونت درمان

تیرماه ۹۱

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم گروه پرستاری بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند.

- ۱- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری یا مهر مخصوص بخش ، نام خانوادگی ، سمت و امضای خود را وارد نمایید .
- ۲- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ۳- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید . بعنوان مثال ساعت ۱ بعداز ظهر را بصورت ۰۰ : ۱۳ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۱۵ : ۰۹ ثبت نمایید.
- ۴- چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود .
- ۵- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار ، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵ ، توسط همراهان و ...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده میباشد
- ۶- از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید .
- ۷- گزارش پرستاری باید بلافاصله پس از اجرا ثبت شود .
- ۸- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید .

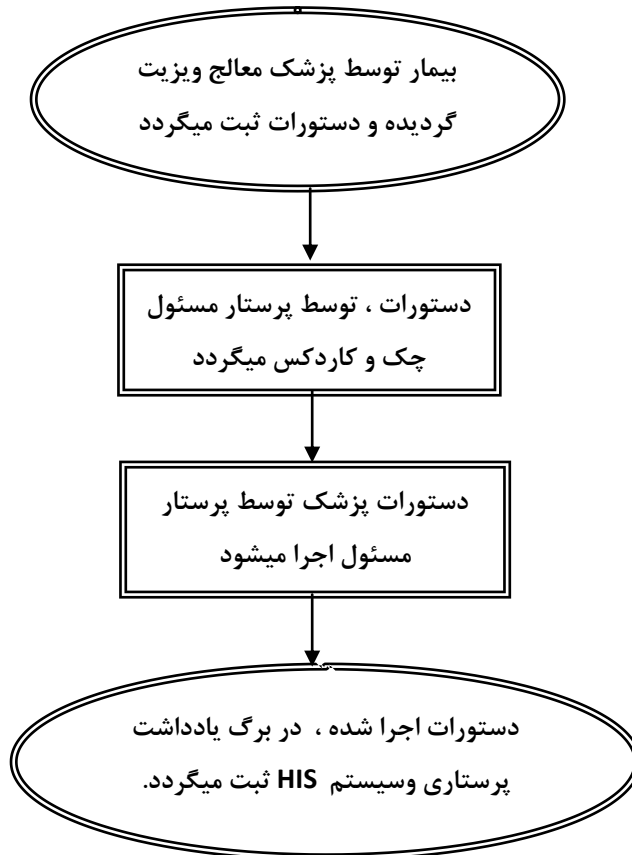
نکات مهم که در گزارش نویسی باید رعایت گردد شامل :

۱- دستورات دارویی

دستورات دارویی به دو گروه تقسیم می شود :

- الف : دستورات جاری : دستوراتی هستند که توسط پزشک معالجه که بیمار را ویزیت می کند ثبت می گردد.
- ب : دستورات غیر جاری : که شامل ۱- دستورات تلفنی ۲ - دستورات شفاهی ۳- پروتکل ها می باشند.

پروتکل چک ، اجرا و ثبت دستورات جاری



- ✓ دستورات داروئی باید بلافاصله چک ، کاردکس و اجرا گردند. (در صورت وجود ابهام در دستورات داروئی ، ناخوانا بودن و یا وجود احتمالی خطا ، پزشک مسئول را مطلع سازید).
- ✓ دستورات داروئی بصورت دو طرفه تیک زده شده و تعدادموارد، تاریخ وساعت چک نوشته شود.
- ✓ یادداشت های پرستاری باید کامل ، دقیق ، مرتبط ، حقیقی ، سازماندهی شده، منظم ، پی در پی ، قانونی ، خردمندانه و محرمانه باشند.
- ✓ در ثبت داروها باید عنوان دارو ، شکل دارو، دز دارو ، راه تجویز و ساعت و تاریخ ذکر گردد.
- الف- در صورتیکه استفاده از دارو مقدور نباشد ، باید دز مربوطه ، hold شده و جهت کسب تکلیف به اطلاع پزشک معالج برسد و در برگ یادداشت پرستاری ثبت گردد.

ب- در استفاده از داروهای PRN باید بطور کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار به دارو باید ثبت شود.

ج- اگر بیمار از دارو سوءاستفاده نمود یا دارو را نپذیرفت، باید در گزارش ثبت شود.

د- در استفاده از نارکوتیک، براساس قانون وزارتخانه باید آن را ثبت نمود.

ه- در تزریقات وریدی موارد قابل ثبت شامل: زمان، تاریخ و محل انفوزیون، وسایل مورد استفاده، نوع، مقدار و سرعت جریان مایع، داروهای انفوزه شده و عوارض احتمالی می باشد.

و- در صورت تزریق خون یا فراورده های خونی، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون، مقدار، علائم حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون ثبت شود. در صورتیکه بیمار دچار واکنش ترانسفوزیون شد بلافاصله ترانسفوزیون قطع و پزشک را مطلع نماید. و تاریخ و ساعت واکنش، نوع و مقدار فراورده، زمان شروع و قطع، اقدامات انجام شده بعدی پس از قطع ترانسفوزیون ثبت نماید.

دستورات تلفنی Tell orders

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

۱- گرفتن دستور تلفنی باید توسط پرستار مجرب و گزارش صحیح شرح حال بیمار باشد.

۲- دستورات تلفنی باید بطور کامل در برگ دستورات پزشک، تحت عنوان Tell order، با ذکر نام پزشک، ساعت و تاریخ دستور، ثبت شده و جهت صحت درک دستور، مجدد توسط پرستار مستمع، بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی، چک و اجرا گردد.

۳- دستورات تلفنی، ترجیحا باید توسط دو نفر سمع گردد.

۴- دستورات تلفنی باید در اسرع وقت، توسط پزشک معالج، ثبت و امضاء گردد.

نحوه اخذ دستورات تلفنی توسط رزیدنت مقیم از پزشک آنکال، در دستورالعمل شماره ۱۳ مراقبتهای مدیریت شده، به تفصیل شرح داده شده است. (دستورالعمل به پیوست می باشد)

Verebral orders دستورات شفاهی

گرفتن دستور شفاهی، اقدامی غیر منطقی و غیر اصولی بوده ولی در شرایط ویژه (پزشک دست شسته یا در حال احیاء بیمار)، قابل اجرا میباشد. باید دستور مورد نظر را مشابه دستور تلفنی تحت عنوان دستور شفاهی با ذکر نام پزشک و ساعت، در پرونده بیمار ثبت نموده و در نهایت دستور مربوطه باید توسط پزشک معالج، ثبت و امضاء گردد.

۱- جهت اطمینان از safe بودن دستور شفاهی، حتما باید **repeat back** کامل دستور توسط گیرنده دستور، انجام گرفته و توسط پزشک دستور دهنده، مورد تأیید قرار گیرد.

۲- دستور شفاهی برای شروع شیمی درمانی قابل قبول نبوده ولی جهت قطع دارو، قابل قبول میباشد.

۳- هنگام اجرای دستورات شفاهی، باید پوکه های دارویی تا زمان ثبت آنها در پرونده، در داخل رسیور، حفظ گردند.

۴- در شرایط اورژانسی، سوپروایزر وقت، مسئول ثبت کلیه مراحل فرایند اورژانس، خواهد بود.

دستورالعملها (standing orders)

standing orders دستورات تعیین شده از قبل یا قوانین خاص هستند که با مهر و امضای رییس بخش تایید می گردند.

۲- علائم حیاتی:

علائم حیاتی در فلوشیت خاص خود بر طبق سیاست بیمارستان ثبت گردیده و فقط در صورت غیر طبیعی بودن موارد، به عنوان مشکل بیمار در یادداشت پرستاری منعکس شده و با رعایت بندهای کامل مراقبتی (عنوان مشکل، اقدامات و مراقبتهای انجام یافته و نتیجه درمان) ثبت شده و به پزشک مربوطه اطلاع داده شود. قابل ذکر است که در صورت ثبت ناقص هر یک از بندهای ذکر شده، مورد، به عنوان ثبت ناقص تلقی شده و تبعات قانونی را به دنبال خواهد داشت. علائم حیاتی حین پذیرش، زمان انتقال و ترخیص باید به طور کامل ثبت شود و ثبت مهر و امضای پرستار در برگ مربوطه الزامی می باشد.

۳- رژیم غذایی :

در ذکر رژیم غذایی ۴ مورد حتما" باید رعایت شود :

الف : در کاردکس بیمار ثبت شود .

ب - بالای سر بیمار ثبت شود .

ج - به بیمار آموزش داده شود .

د - در گزارش پرستاری ثبت گردد.

در گزارش نیز باید نوع رژیم - اشتهای بیمار - علت امتناع از خوردن - مقدار غذای خورده شده - تحمل یا عدم تحمل تغذیه ثبت شود.

۴- دفع :

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

۵- درد :

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

۶- وضعیت خواب و استراحت :

بی خوابی ناشی از اضطراب ، لتارژی ، یا هرگونه اختلال در وضعیت خواب و استراحت بیمار باید در گزارش ثبت شود.

۷- ثبت تغییرات رفتار بیمار :

مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست . رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود بلکه شامل تغییرات خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری ، تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی ، عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود . در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار ثبت شود.

۸- موارد قابل پیگیری :

NPO بودن بیمار ، حساسیت دارویی ، مشاوره ها ، آزمایشات ، ویزیت مجدد و بسیار مهم و حیاتی بوده و علاوه بر اینکه باید در یادداشت های پرستاری ثبت شوند ، مهمترین قسمت گزارشات مسئول بخش نیز محسوب میشوند. (جواب آزمایشات باید قبل از ضمیمه شدن به پرونده بیمار ، به پزشک مربوطه گزارش گردد)

۹- ثبت حوادث غیرمترقبه :

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

۱۰- ثبت موارد پاراکلینیک :

جواب آزمایشات ، گرافی ها و کلیه موارد پاراکلینیک باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگه های لازم در پرونده بیمار گذاشته شود . موارد غیر طبیعی نیز باید به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.

۱۱- گزارش پروسیجرها:

چهارچوب گزارشات پروسیجرها باید شامل: چگونگی پروسیجر، زمان انجام، نام انجام دهنده پروسیجر و چگونگی انجام پروسیجر و واکنش و تحمل بیمار به پروسیجر باشد.

۱۲- زخم پانسمان:

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

۱۳- تخلیه قفسه سینه:

در صورت وجود چست تیوب باید: تاریخ و زمان، مقدار ترشحات، وضعیت تنفسی و شرایط پانسمان ثبت شود.

۱۴- تهویه مکانیکی:

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

۱۵- آموزش به بیمار:

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

۱۶- برنامه ترخیص:

پرستار موظف است تا برنامه ترخیص را که به صورت self care در سه محور رژیم غذایی، فعالیتی و داروئی، طراحی میشود، در اختیار بیمار، قرار دهد.

دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

الف- بر روی مورد اشتباه خط کشیده، بنحوی که قابل خواندن باشد.

ب- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است

گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.

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

الف- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه گردیده است .

ب- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

ج- حذف نکات مهم گزارش

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

ه- دوباره نویسی و تغییر گزارش

و- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود

ز- اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین

مشکلات قانونی در ثبت گزارشات

۱ - گزارشات ناقص

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

۳ - ناخوانا بودن جملات

۴ - ثبت در زمان نامناسب

۵ - تصحیح نامناسب

۶ - ثبت موارد نامربوط به خود

۷ - استفاده از کلمات مخفف، مبهم یا اشتباه

۸ - اعمال عقاید شخصی در گزارشات

دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده (13)

عملکرد پزشکان آنکال

ریاست محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

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

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

شرح وظایف پزشک آنکال:

الف: در بیمارستانهای آموزشی پس از ویزیت بیمار توسط رزیدنت های مقیم شرایط بیماران اورژانسی باید به اطلاع آنکال برسد و از این زمان به بعد مسئولیت بیمار به عهده پزشک آنکال خواهد بود و پزشک آنکال میتواند با دستورات شفاهی پزشک مقیم بیمارستان را راهنمایی نماید و در صورت لزوم بلافاصله و بدون اتلاف وقت در محل بیمارستان حضور یابد پزشک آنکال باید در جریان تمامی بیماران اورژانس که در ساعات کشیک به مرکز درمانی مراجعه کردند و یا بیمارانی که بدحال میشوند قرار گیرند. مسئول گزارش صبحگاهی صبح روز بعد پزشک آنکال خواهد بود.

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

ب: در بیمارستان های خصوصی پزشک مقیم بیمارستان مسئول ویزیت بیماران اورژانسی میباشد و در صورت لزوم باید با پزشک آنکال تماس بگیرد.

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

د: در مراکز آموزشی که دارای دستیار فوق تخصصی میباشد دستیار فوق تخصصی میتواند به عنوان **first call** و عضو هیات علمی مربوطه به عنوان **second call** معرفی گردد و در این شرایط مسئولیت معرفی بیمار با عضو هیات علمی بخش یا دستیار فوق تخصصی خواهد بود.

ه: چنانچه مشاوره با سایر گروههای تخصصی یا فوق تخصصی لازم باشد که نیازمند حضور عضو هیات علمی آنکال گروه تخصصی دیگر باشد، لازم است عضو هیات علمی آنکال گروهی که بیمار در آن بخش بستری است حضور فیزیکی داشته باشد و تماس رزیدنت گروه جهت این امر اکتفا نخواهد کرد. مگر مواردی که بنا به تشخیص دستیار ارشد تخصصی یا فوق تخصصی مربوطه، تاخیر در حضور بلافصل هیات علمی، به دلیل مشکلات همراه، منجر به ایجاد ضایعات جبران نشدنی برای بیمار میگردد.

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

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

الف: تخصص هایی که حضور بلادرنگ و فوری پزشک آنکال الزامی است: همانند تخصصهای بیهوشی، کاردیولوژی (واضح است که این نوع آنکال معادل کشیک موظف محسوب میگردد).

ب: تخصص هایی که حضور سریع (کمتر از ۳۰ دقیقه) پزشک آنکال الزامی است: همانند جراحی اعصاب، زنان زایمان، داخلی، کودکان، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، نورولوژی، ارتوپدی، ارولوژی، رادیولوژی، چشم.

ج: تخصص هایی که حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است: همانند پوست، پرتودرمانی .

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

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