

تعریف گزارش نویسی

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

ثبت گزارش کامل، دقیق و به موقع جهت قضاوت اینکه بیمار مرقت های مورد نیاز و ضروری را دریافت داشته امری روشن است، همچنین به ارائه دهندگان مراقبت جهت برنامه ریزی - هماهنگی و حفظ تداوم کمک می کند.

خصوصیات گزارش نویسی در پرونده بیمار :

۱- **توصیفی باشد :** دقیقا آنچه را که مشاهده می کنیم شرح دهیم نه آنچه را که فکر می کنیم

۲- **صریح باشد :** از اظهارات مبهم و کلی گویی اجتناب گردد. مثلا جمله بیمار شب بدی را پشت سر گذاشته است بسیار مبهم است اما اگر نوشته شود مثلا بیمار در طول شب ۱۰ بار با اسهال از خواب بیدار شد که در واقع علت ناراحتی بیمار و دلیل و دلیل خوابیدن وی را مشخص و صریح اعلام گردید

۳- **از نقل و قول مستقیم استفاده شود :** ازوما از کلمات بیمار استفاده شود و نقل و قول بیمار را بنویسید. مثلا خانم حسینی اظهار نمود من سردرد دارم که دقیقا درد را توسط بیمار توصیف می کنید.

۴- **شنیده ها را ثبت نکنید :** مثلا آنچه را که شخص دیگری در باره بیمار به شما می گوید ثبت نکنید. به عنوان

۵- **مستند سازی به هنگام باشد :** از آنجا که حافظه انسان دچار فراموشی می شود لذا ثبت اطلاعات باید به موقع و در اولین فرصت باشد بنا براین بعد از

ارائه مراقبت های درمانی، تجویز داروها و انجام مراقبت های پرستاری لازم، اطلاعات مربوطه را مکتوب نمایید. (نه قبل از انجام این اقدامات)

۶- **مستند سازی واضح و مداوم باشد:** اطلاعات بایستی به روش منطقی و متوالی ثبت گردد و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد.

۷- اطلاعات بایستی خوانا و مرتب و با املاء صحیح نقطه گذاری و جمله بندی صحیح ثبت گردند.

۸- تا آنجا که ممکن است از اختصارات استفاده نکنید و اگر اختصار استاندارد به کار می برید در نگارش اول تکمیل اختصار را بنویسید (از اختراع اختصارات خودداری نمایید و)

۹- فرم مربوطه را با نام و نام خانوادگی و طبقه شغلی امضاء نمایید.

۱۰- در فرم خط خالی نگذارید و با ثبت اطلاعات به ترتیب تاریخ از تمامی خطوط استفاده نمایید.

۱۱- چنانچه مستند سازی را در پشت صفحه یا در یک برگه دیگر ادامه می دهید (کلمه ادامه در صفحه بعد) را در پایین صفحه اول نوشته و مجدداً در صفحه بعد تاریخ وساعت مشخصات بیمار و شماره پرونده را ثبت نمایید و سپس ادامه گزارش را بنویسید.

ثبت نحوه ورود بیمار مثلا(با ویلچیر - آمبولانس - همراه ...) شکایات اصلی بیمار از زبان خود بیمار - عات بستری در اولین گزارش

✓ ثبت وضعیت هوشیاری ، سلامت جسمی ، سلامت روحی در اولین گزارش **توجه** در ارزیابی سلامت

روحی خطر اقدام به خودکشی - بیقراری - اضطراب ... را قید نمایید.

✓ تمام اقدامات دارویی درمانی و تشخیصی درخواست شده توسط پزشک همراه با ساعت اجرا و ذکر واکنش بیمار نسبت به اقدامات در فرم گزارش قید گردد.

✓ آموزش حال لازم در بدو ورود و حین بستری و هنگام ترخیص در گزارشات قید گردد.

✓ جهت ثبت گزارش از برگه های استاندارد استفاده شود.

✓ قید ساعت تاریخ پذیرش در اولین گزارش از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده شود

✓ وضعیت عمومی و همودینامیکی بیمار ، تعداد و ریتم ضربان قلب و تنفس و عملکرد سیستم های حیاتی ، استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (مانیتور - ونتیلاتور - ... و وضعیت خواب و استراحت ، میزان فعالیت ، وضعیت دفعی بیمار در گزارش باید قید گردد.

✓ مرافبت هایی را که فقط خود پرستار جهت بیمار انجام داده در گزارش ثبت گردد.

✓ هر گونه مورد غیر عادی یا ارائه مراقبت خاص مثلا(ایزولاسیون) در گزارش ثبت گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان گیلو و بویراحمد
بیمارستان امام سجاد (ع)

گزارش نویسی در پرستاری



صغری اکبری (سپروایزر آموزشی)

✓ در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری نباید جای خالی وجود داشته باشد .

✓ در صورتی که بیمار ،پرستار یا مسئولین بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می کند دقیقا گزارش نماید .(با هماهنگی مافوق)

✓ انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود نام و سمت پرستار به طور خوانا نوشته شود.

✓ گزارش پرستاری باید ممهور به مهر شامل نام و نام خانوادگی و شماره نظام پرستاری و امضاء شود



گزارشات تلفنی

✓ نوع سرم دریافتی و الکترولیت های اضاف شده به سرم، تغذیه وریدی ، ... در گزارش ثبت گردد .

✓ اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پی گیری شوند گزارش شود .(امادگی جهت آزمایشات ،مشاوره)

✓ در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیکی ،علائم حیاتی ، آزمایشات پاراکلینکی ،عوارض دارویی علاوه بر ثبت در گزارش سریع به پزشک اطلاع داده شود .

✓ هر گونه حادثه و اتفاقی که سلامتی بیمار را به خطر می اندازد(سقوط ، اشتباهات دارویی و....) ثبت گردد

✓ در صورت نیاز به دستور تلفنی پزشک زمان برقراری تماس، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده و نام تماس گیرنده دستور تلفنی پزشک و حتما به امضاء دو پرستار برسد ودر اسرع وقت و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه برسد.

✓ از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب شود .

✓ در صورت ثبت اشتباه در قسمت جلو یا بالای کلمه اشتباه یا error قید گردد.

✓ برای تکمیل گزارش پرستاری هر چه خود پرستار می بیند قید گردد نه آنچه می شنود.

✓ در صورت که پرستار متوجه شود گزارش اشتباه نوشته شده نباید آن رامعدوم نماید .