

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری

- ۱- در گزارش پرستاری نباید فضای خالی و خط خوردگی یا لاک گرفتگی وجود داشته باشد و فقط با خودکار آبی بنویسید.
- ۲- در گزارش پرستاری از اصطلاحات استاندارد بایستی استفاده کنید.
- ۳- ثبت ارسال اقدامات پاراکلینیک و آزمایشگاهی برای بیمار ، با ذکر ساعت و تاریخ ارسال، الزامی است. پیگیری های مربوط به دریافت نتایج آزمایشات، مشاوره ها و ... را ثبت کنید. و در صورت عدم ارسال آزمایشاتی که درخواست شده است، باید علت آن در گزارش قید گردد.
- ۴- هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار و گزارش به پزشک و اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت کنید. (چنانچه پس از اتمام نوشتن گزارش پرستاری چنین وضعیتی ایجاد شد تحت عنوان progress note آورده شود).
- ۵- ثبت هرگونه تغییر در اتصالات بیمار و اقدامات و نتیجه آنها در سیستم مربوطه
- ۶- گزارش پرستاری بایستی system by system نوشته شود به زیر:
CNS-respiratory system-CVS-skin-Gu system-GI system-Ms system-Behavior
- ۷- درد با توجه به سیستم مربوطه در گزارش قید شود مثلاً Chest pain در CVS و سردرد در CNS
- ۸- ثبت خونریزی های مرتبط با سیستم با قید محل (در صورت مشاهده خونریزی در همان سیستم ثبت گردد مثلاً خونریزی گوارشی در سیستم گوارشی ثبت گردد). مقدار، نوع و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله در سیستم مربوطه
- ۹- ثبت هرگونه تغییرات در تست های تشخیصی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل در سیستم مربوطه
- ۱۰- ثبت کلیه موارد غیرطبیعی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله در سیستم مربوطه
- ۱۱- در صورت ندادن دارو به هر علت، لازم است علت آن و اقدامات انجام شده مربوط به آن، در گزارش پرستاری، ثبت شود.
- ۱۲- در رابطه با دارو و سرم های Stat نیز، علت تجویز، پزشک تجویز کننده، زمان و مقدار دارو و واکنش بیمار به دارو ثبت شود.
- ۱۳- در صورت بروز عارضه دارویی، به همراه اقدامات انجام شده برای بیمار و نتیجه اقدامات، گزارش نمایید.
- ۱۴- از کاربرد اطلاعات کلی در گزارش پرستاری اجتناب شود مثلاً ثبت اینکه بیمار الگوی دفع طبیعی دارد، صحیح نیست، بلکه باید نوشت، بیمار یک بار دفع ادرار به میزان ۲۰۰ سی سی در طول شیفت داشته است. یا مثلاً اینکه الگوی خواب طبیعی است، ثبت صحیح نیست، بلکه باید بنویسیم بیمار به مدت ۶ ساعت خوابید.
- ۱۵- حتماً برای مشکلات موجود یا بالقوه تحت نظر تشخیص پرستاری و راهکار مورد نظر را ثبت نمایید. (بر اساس جدیدترین لیست NANDA)
(در ابتدا مشکلات بالفعل را ثبت کرده و سپس مشکلات بالقوه)

مرکز آموزشی درمانی شهید آیت الله دستغیب شیراز - ۱۴۰۵

- ۱۶- تشخیص پرستاری را با استفاده از کلمه در ارتباط با، به عوامل به وجود آورنده آن مشکل ارتباط دهید.
- ۱۷- تشخیص پرستاری را ثانویه به پافیزیولوژی بیماری، عوارض جانبی داروها، اتیولوژی، تکامل بیمار فعالیت فیزیکی و ... در گزارش ثبت کنید. (این قسمت اختیاری است.)
- ۱۸- با توجه به تشخیص نوشته شده مداخلات را ثبت کرده و حتماً در انتها ارزیابی نهایی را انجام دهید. (مانند تاثیر داروهای کاهش دهنده تب، نتایج ارزیابی های نهایی پس از اقدامات پایدار کردن علائم حیاتی، تاثیر مسکن ها بر درد)
- ۱۹- در خصوص مشاوره های پزشکی، ضمن درج ساعت انجام مشاوره و زمان اطلاع نتیجه مشاوره به پزشک معالج، باید توجه داشت که دستورات مشاوره، فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده ثبت شده و دستور اجرای آنها داده شده باشد، قابل اجرا هستند و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردند.
- ۲۰- هر مطلبی در پرونده باید با ثبت اسم کامل یا حروف اول نام فرد مراقب و سمت وی پایان یابد. ثبت ساعت گزارش از ۱:۰۰ بامداد شروع شده و با ۰۰:۲۴ پایان می یابد.
- ۲۱- پرستار موظف است در صورت بروز حوادث غیر مترقبه ای چون آلرژی، تشنج، واکنشهای ناگهانی دارویی، فوری یا تاخیری، سقوط از تخت، برق گرفتگی، کاهش سطح هوشیاری ناگهانی، ایست قلبی تنفسی، فرار از بخش، سقوط از طبقات، خودکشی و ... فرایند حادثه و آسیب وارد شده را به طور دقیق و حقیقی در گزارش خود ثبت نموده و سریعاً اقدامات لازم را متناسب با نوع حادثه، انجام داده و مسئولین زیربط (پزشک معالج، سوپروایزر و خانواده بیمار و...) را مطلع نماید.
- ۲۲- پس از اتمام گزارش پرستاری بدون گذاشتن فاصله خط کشیده شود و گزارش پرستاری بسته شود.
- ۲۳- در صورت طولانی بودن گزارش در انتهای صفحه گزارش بنویسید (ادامه دارد) سپس امضا کنید و بعد وارد صفحه دیگری شوید.

واحد آموزش ضمن خدمت کارکنان - تابستان ۱۴۰۵