



گزارش پرستاری

**فهرست مطالب**

**عنوان صفحه**

[مقدمه 1](#_Toc30516945)

[تعریف 3](#_Toc30516946)

[اهداف گزارش نويسي 4](#_Toc30516947)

[کاربرد گزارش نويسي در پرستاري 6](#_Toc30516948)

[خصوصيات يك گزارش علمي و صحيح 8](#_Toc30516949)

[قوانین ثبت گزارش 12](#_Toc30516950)

[هدف وارزش ثبت صحیح 15](#_Toc30516951)

[نکات کلیدی گزارش نویسی 17](#_Toc30516952)

[ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه) 21](#_Toc30516955)

[نکات در ثبت و گزارش نویسی 23](#_Toc30516956)

[مشکلات بالقوه قانوني در ثبت گزارش 30](#_Toc30516996)

[خطا در ثبت گزارش 31](#_Toc30516957)

[تصحیح اشتباه در گزارش نویسی 35](#_Toc30516962)

[روشهاي گزارش کلامي پرستاري 36](#_Toc30516963)

[روشهای گزارش نویسی 41](#_Toc30516964)

[تشخيص پرستاري 44](#_Toc30516965)

[ثبت پروسيجرها 48](#_Toc30516969)

[گزارش نویسی در کلیه سیستم ها 48](#_Toc30516975)

گزارش نویسی در شرایط خاص

[گزارش نویسی در بخش روان 90](#_Toc30516986)

[توجهات پرستاری 99](#_Toc30516995)

ذستورالعمل های انژیوگرافی و انژیوپلاستی

شیمی درمانی و پرتودرمان

اطمینان از امادگی قبل ،مراقبت وچایش مستمرحین وبعد ازاعمال جراحی

اطمینان از امادگی قبل ، مراقبت وچایش مستمرحین وبعد از دیالیز

اطمینان از امادگی قبل ، مراقبت وچایش مستمرحین پس از انواع اسکوپی

اطمینان از امادگی قبل ، مراقبت وچایش مستمرحین وبعد از عمل

رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه ی اتاق عمل

جدول تشخیص های پرستاری

تشخیص های پرستاری ناندا :

کاهش سطح هوشیاری

عدم تحمل فعالیت

اختلال در تحرک جسمانی

ناتوانی در مراقبت از خود : تغذیه ، حمام کردن ، لباس پوشیدن و دستشویی رفتن

خستگی

ناتوانی

کاهش حجم مایعات

افزایش حجم مایعات

تغذیه کمتر از نیاز بدن

تغذیه بیشتر از نیاز بدن

احتمال بروز عفونت

احتمال بروز صدمه و تروما

احتمال بروز مسمومیت

اختلال در ارامش به دلیل تهوع و استفراغ

اختلال در ارامش به دلیل اتساع شکم و درد حاصل از تجمع گاز

اختلال در ارامش به دلیل سکسکه

اختلال در ارامش به دلیل خارش

اختلال در ارمش به دلیل سردرد

درد

افزایش درجه حرارت بدن

کاهش درجه حرارت بدن

اختلال در الگوی خواب

تغییر در حس و حرکت (کاهش یا افزایش دریافت تحریکات حسی )

اهمال یک طرفه بدن

اختلال در برقراری ارتباط ، کاهش شنوایی

اختلال در برقراری ارتباط ( نااشنایی با زبان)

اختلال در برقراری ارتباط کلامی

تغییر در روند زندگی خانواده

کمبود اطلاعات

عدم رعایت رژیم درمانی

در معرض خطر شوک

در معرض خطر غرق شدگی

در معرض خطر اختلال در سطح قند خون (هیپرگلیسمی، هیپوگلیسمی )

تهوع

در معرض خطر اختلال در الکترولیتها

در معرض خطر سقوط

اختلال در مراقبت در منزل

سبک زندگی کم تحرک

در معرض خطر اسیب حرارتی

فعالیت بدنی ناکافی

منابع

# مقدمه

**حضرت علی (ع) می فرمایند:** علم را با نوشتن پایبند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند. بنابراین قلم و محصول آن یعنی نوشته در قرآن کریم قداست خاصی دارد و آن زمانی که با قلم روند سلامتی و بهبودی بهترین مخلوق خدا یعنی انسان را روی کاغذ می نویسیم، این قداست به اوج خود می رسد پس در مورد گزارش نویسی باید بدانیم که موضوعی معنوی عبادی و مقدس است به جرات می توان گفت که یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران گزارش پرستاری می باشد گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می کند. در بیان ارزش گزارش پرستاری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

1. نافذترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران، پزشکان.

2. سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیماران نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی درمانی، مراقبتی و آموزشی می باشد.

3. سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و ...

4. سند مهم برای پژوهش و نظارت

گزارش تا حد زیادی بازتاب کیفیت کاری است که از آن خبر می دهد و نیز بیانگر شخصیت کسی است که آنرا نوشته است. در حقیقت از روی گزارش می توان درباره کار گزارشگر و نیز در مورد خود او داوری و قضاوت کرد، قطعاً پرونده بیماری که یک شرح حال[[1]](#footnote-1) و سیر بیماری[[2]](#footnote-2) مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری[[3]](#footnote-3) مناسب توسط پرستار داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می شوند.

پيشرفت علوم به نوعي وابسته به روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم تکنولوژی از طريق ثبت و گزارش صورت مي پذيرد، چرا كه اگر تحقيقات و يافته های دانشمندان و علما نگارش، گزارش و ثبت  نمی شد، هم اكنون امكان دستيابی و استفاده از علوم ميسر نبود .

لازمست برای پاسخگويي در برابر مسئوليت مهم مراقبت، تامين، حفظ و ارتقاي سطح سلامتي انسان و جامعه، اقدامات و فعاليت هاي انجام شده و براي پرهيز از هر گونه تهمت، برچسب بی كفايتی، بی لياقتی و يا عمل غير اخلاقی و غير قانونی، بر صفحه كاغذ نوشته شود تا بتوان با مراجعه به آن در پيگيری و مداومت و نظارت بر اعمال صاحبان حرفه در مواقع ضروري به عنوان سندي محكم - مطمئن و قابل دفاع بهره مند شد .

 بديهي است كه گزارشات پرستاري هنگامي كه از نظر قانون مورد بحث قرار گيرند، دلالت بر تاكيد دوباره بر حفظ جان بيمار، امنيت حقوقي پرستار و امنيت جاني جامعه دارند.

ثبت گزارشات كامل، دقيق و به موقع جهت قضاوت در مورد اينكه بيمار مراقبت های مورد نياز و ضروري را دريافت داشته امری روشن است، همچنین به ارائه دهندگان مراقبت جهت برنامه ريزی - هماهنگی و حفظ تداوم مراقبت كمك مي كند.

گزارشات پزشكی و پرستاری نشان دهنده يك ابزار قانوني براي مراقبت ها و كيفيت آنهاست كه به بيمار ارائه شده است.

گزارش پرستاری جامع، عاملی براي رفع اتهام[[4]](#footnote-4) و تبرئه[[5]](#footnote-5) پرستاران است و طبعاً نارسايي در گزارش پرستاري مي تواند عاملی براي تائيد اتهام تلقی شود. از نظر حقوقي عملكرد تيم پزشكي با ثبت موارد قابل اثبات است و موردی پذيرفته می شود كه خوب گزارش و ثبت شده باشد.

# فصل اول : گزارش نویسی

هدف کلی : رعایت اصول صحیح گزارش نویسی و عدم مغایرت کار بالینی با مکتوب کردن آن خصوصاً در بیماران بدحال و اورژانسی

هدف رفتاری : ارزشیابی گزارش نویسی توسط مدیر پرستاری با عملکرد بالینی

# تعریف

گزارش پرستاری نقس بسزایی در سیر فرآیند درمان بیماران و ارزش فراوانی از نظر حقوقی و قضایی در حمایت از پرستار را داشته و دارد. تعویض و تبادل اطلاعات در مورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند.

برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی – درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. ثبت و گزارش اطلاعات مناسب، دقیق و صحیح اعضاء گروه بهداشتی درمانی از جمله پرستاران می تواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت از مددجو برنامه ریزی و اجرا نماید که نتیجه آن ارتقاء کمی و کیفی برنامه مراقبتی خواهد بود.

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

# اهداف گزارش نويسي

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

**1. برقراری ارتباط**

اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی – درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

**2.  برنامه ریزی مراقبتی**

بر اساس داده­های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی   
می­شود.

**3.  برآورد کیفیت**

براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزارمی گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.

**4.  پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی**

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد.  بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

**5.  آموزشی**

گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده   
می گردد.

**6.  تحقیقی**

پژوهشگرانی[[6]](#footnote-6) که درزمینه حل مشکلات بهداشتی – درمانی  فعالیت دارند، به بررسی و   
مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

**7.  تاریخی**

اطلاعات و یافته های بهداشتی – درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

**8.  اعتباربخشی**

 سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

# کاربرد گزارش نويسي در پرستاري

**1- جنبه هاي قانوني ثبت :** پرستاري به عنوان يک حرفه در قبال ارائه خدمات خود بايد پاسخگو باشد و مسئوليت پذيري و اصل عدم آسيب رساني به بيمار را در حين مراقبت مد نظر داشته باشد. از جمله مسئوليتهاي سنگين اين حرفه شيوه انتقال اطلاعات و گزارش دهي و گزارش گرفتن و ثبت آن مي باشد که کوچکترين خطا و سهل انگاري در آن   
مي تواند مسئوليت سنگين حرفه اي را به ارمغان آورد. يادداشت ها و گزارشات پرستاري مي تواند در نتيجه گيري جدال قانوني در دادگاه بسيار مهم باشد. غفلت در مشاهده، سهل انگاري[[7]](#footnote-7) در اقدامات صحيح، کوتاهي در دادن گزارش به پزشک، عدم ثبت اقدامات و فعاليتهاي انجام شده ، قصور محسوب مي شود. گزارش در حکم يک سند قانوني[[8]](#footnote-8) است و ثبت مراقبت پرستاري يک اصل قانوني در تمام سيستم هاي درماني است. وقتي که بحث قانوني ثبت مطرح مي شود هدف تاکيد درباره حفظ جان بيمار ،حفظ امنيت حقوقي پرستار و به عبارت کلي تر حفظ امنيت جاني جامعه است.

**2- جنبه حقوقي ثبت :** امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بيماران مطرح است و بيمار حق دارد از محتويات پرونده اش با اطلاع باشد . اعتقاد دارند که نه تنها بيمار بايد به پرونده خود دسترسي داشته باشد بلکه بايد بتواند صحت اطلاعات مندرج در آنرا کنترل کند.

**3- جنبه هاي ارتباطي ثبت :** گزارش پرونده وسيله ارتباطي کادر درمان براي تسهيل تداوم مراقبت از بيمار است.

**4- جنبه هاي درماني ثبت:** پرونده بيمار به عنوان مدرکي که کليه معالجات و مراقبتهاي انجام شده براي بيمار در آن ثبت مي شود بسيار با اهميت است.

**5- جنبه هاي پيشرفت بيماري:** سير بيماري بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالي که براي بيمار انجام شده آسانتر خواهد بود .

**6- جنبه تحقيقاتي ثبت:** گزارشات موجود در پرونده بيماران به عنوان منبع اطلاعات براي تحقيقات علمي است.

**7- جنبه­ هاي آموزشي دانشجويان:** هـدف ديگـر گـزارش پرونده بيمـاران، آمـوزش دانشجويان رشته هاي مختلف بهداشتي است.

**8- جنبه هاي رسيدگي يا نظارت:** منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبتهاي پرستاري انجام شده با استانداردهاي موجود است .نظارت ممکن است جزئي يا کلي باشد که در نظارت جزئي، نحوه مراقبت از بيمار معين ارزيابي مي شود و در نظارت کلي با مطالعه چندين پرونده در يک بيمارستان در مورد کيفيت مراقبتهاي آن بيمارستان قضاوت ميشود.

# خصوصيات يك گزارش علمي و صحيح

رعايت 6 نكته زیر در ثبت گزارش صحيح جهت پيشگيري از اشتباهات احتمالي ، طراحي و اجراي مناسب مراقبتهاي پرستاري الزامي است.

1. حقيقت                                                                        Actuality

2. دقت                                                                                     Accuracy

3. كامل و مختصر                                          Completeness and Concise

4. پويا                                                                                       Current

5. سازماندهي                                                                            Organize

6. محرمانه                                                                    Confidential

**1- حقيقت در گزارش نويسي:** گزارش صحيح بايستي حقايق را بيان نمايد، اطلاعات واقعي منجربه تفسير و درك اشتباه نمي گردد و شامل اطلاعات عيني و توصيفي درباره پديده هايي باشد که پرستار مي بيند، مي شود، مي بويد و احساس مي کند. از کاربرد کلماتي که ايجاد شک، ترديد و يا ابهام در فرد خواننده گزارش مي نمايد جدا خودداري نماييد. به هيچ عنوان از کلماتي چون به نظر مي رسد،ظاهرا و ممکن است استفاده نکنيد.

مثال گزارش صحيح: بيمار اظهار مي دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهاي خود نيست، حوصله صحبت با ديگران را ندارد، اشتهاي خوبي به غذا ندارد.

گزارش غلط: بيمار افسرده[[9]](#footnote-9) به نظر مي رسد.

**2- دقت در گزارش نويسي:** موارد ثبت شده درباره بيمار بايستي دقيق باشد تا اعضاء تيم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال: گزارش صحيح: بيمار cc 360 مايعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: بيمار به ميزان کافي مايعات دريافت کرده است.

گزارش صحيح: زخم ايجاد شده در ربع تحتاني سمت راست شکم 5 cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحيه شکم بزرگ و شکافدار

در تهيه گزارش از کاربرد (Abbreviation) غیراستاندارد

جدا خودداري نماييد. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنيد. در ثبت گزارشات پرستاري به هيچ عنوان نبايستي اقدامات مراقبتي و درماني که توسط يک پرستار انجام مي شود توسط پرستار ديگري ثبت يا چارت گردد.

در گزارشات پرستاري در ارتباط با اقدامات درماني و مراقبتي بايستي به وضوح ذکر گردد چه کاري، توسط چه کسي و چه زماني انجام شده است. چنانچه پرستار گزارش دقيق و با اطمينان نباشد قانوندانان[[10]](#footnote-10) نيز در حيطه کاري خود و قضاوت دچار شک و ابهام مي گردند و در نتيجه راي صادره قابل اعتماد نيست.

عامل ديگر جهت اطمينان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده   
مي باشد. امضاء شخص بايستي داراي مشخصات زير باشد: نام و نام خانوادگي،سمت، رتبه، تاريخ و ساعت.

**3- کامل بودن گزارش:** اطلاعاتي که در گزارشات پرستاري ثبت مي گردد بايستي کامل و در ضمن مختصر نيز باشد. نوشته هاي مختصر درك آساني دارد و نوشته هاي طولاني خواندنش مشکل است و وقت را تلف مي نمايد.

در تهيه گزراش پرستاري بايستي از کاربرد کلمات غيرضروري اجتناب نمود.

**4- پويا بودن گزارش:** گزارش نويسي بايد بصورت پويا و بدون تاخير انجام شود. تاخير در گزارش کتبي و شفاهي مي تواند سبب بروز اشتباهاتي جدي گردد و در نتيجه نيازهاي مراقبتي بيمار با تاخير برطرف گردد. به عنوان مثال نارسايي و تاخير در ثبت گزارش و يا گزارش شفاهي در ارتباط با افت فشار خون مي تواند موجب تاخير در استفاده از داروهاي مورد نياز حياتي گردد. تصميم گيري در ارتباط با مراقبت از بيمار بايد براساس اطلاعات گزارش شده جاري صورت گيرد.

فعاليتها و وقايعي که بايستي بطور جاري و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

1. علائم حياتي

2. تجويز دارو و اقدامات درماني

3. آماده کردن بيمار براي تستهاي تشخيصي

4. تغيير در وضعيت سلامت

5. پذيرش، انتقال، ترخيص يا مرگ بيمار

6. درمان تغييرات ناگهاني در وضعيت بيمار

**5- سازماندهي[[11]](#footnote-11) گزارش:** اطلاعات ثبت شده بايستي داراي نظم بوده و سازماندهي شوند و بهتر است از فرم هاي مخصوص استفاده گردد.

**6- محرمانه بودن[[12]](#footnote-12) گزارش:** کليه گزارشات بايد محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بيمار باشد بيمارستان حق تکثير هيچ يک از اوراق پرونده بدون اجازه بيمار را ندارد.

# قوانین ثبت گزارش

**1. مندرجات (Content )**

اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی باشد.

یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.

از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند ( مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.

از به کاربردن کلمات کلی مانند « امروز به نظرم بهتر است » خودداری شود. برای ثبت گزارش می توان از معیار یک تا ده استفاده نمود.  مثلاً امروز کمردرد بیمار 2 تا 3 بوده در صورتی که دیروز 7 تا 9 گزارش شده است.

ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود.

کلیه مشاوره های طبی بایستی ثبت گردد تا پرستاران دیگر نیز از آن آگاهی یابند.

ثبت گزارش در پرونده بیمار براساس استانداردهای حرفه­ای و خط مشی مرکز درمانی مربوطه باید صورت گیرد.

از به کاربردن کلمات کلیشه ای[[13]](#footnote-13) و یا مبهم در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.

در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید. اگر از طریق تلفن مشکل مورد نظر مطرح می گردد، پرستار دومی که به هنگام مکالمه حضور داشته، نیز گزارش را باید امضاء نماید. همچنین اگر با مدیره پرستاری نیز تماس گرفته شده باید ثبت گردد. ثبت این نوع گزارش در موارد قانونی موجب حمایت از پرستار و سایر مراقبت کنندگان مرکز درمانی  می­گردد.

**2.  زمان بندی (Timing )**

همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد.

در صورتی که وضعیت بیمار وخیم باشد، ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد. در هنگام مراقبت از بیماران بدحال، قبل از ترک بخش، موارد مهم مربوط به وضعیت بیمار باید ثبت گردد.

**3.  چارچوب برگه­ها (Format )**

ثبت گزارش باید بر روی برگه های طراحی شده مناسب صورت گیرد.

برای چاپ و یا نوشتن می توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد. در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود.

از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت های مشترک استفاده شود.

برای ثبت رایانه ای از راهنمایی های مخصوص آن استفاده گردد.

تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود.

مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

**4.   امضاء مسئول و یا پاسخ گویی  (Accountability )**

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید نام کوچک، فامیل و عنوان خود را نوشته و امضاء نماید.

در صورت عدم انجام مراقبت، موارد ثبت شده، نباید امضاء گردد.

از پاک کردن و لاک گرفتن هرگز نباید استفاده کرد

بر روی هر صفحه، نام و مشخصات بیمار ثبت شود.

قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود.

با توجه به موارد مطرح شده یک مثال از گزارش پرستاری در ذیل بیان شده است.

بیمار آقای 35 ساله ای است که متعاقب دردهای شکم و چست در ساعت 9 AM مورخه 2/10/ ... توسط همراهی با پای خود به اوژانس مراجعه و از درد شاکی می باشد، از درد قلبی و تنگی نفس شکایتی نداشته و طبق اظهار بیمار سابقه بیماری قلبی، جراحی و بیماری خاص و حساسیت دارویی ندارد فعلاً اجابت مزاج و دفع ادرار داشته و فقط کم اشتها می باشد نبض منظم و با قدرت مطلوب ( +3 ) و بین 90 تا 80 در دقیقه نوسان دارد . تنفس با الگوی طبیعی و تا 22 تا 18 در دقیقه نوسان دارد فشار خون وی در وضعیت خوابیده 128  - 110 روی 80 – 75 میلی متر جیوه می باشد . درجه حرارت وی ( دهانی ) 37 درجه سانتی گراد است . علائم حیاتی وی کنترل و در چارت مخصوص ثبت گردید . در ساعت 4: 9 صبح توسط پزشک معالج ویزیت گردبد ، قرص ایندرال 10 میلی گرمی به صورت Bid شروع شد که دوز اولیه به بیمار داده شد . بقیه دستورات RPO می باشد . به هنگام درد قفسه سینه نوار قلبی کامل گرفته شد و گزارش گردید . بیمار فردا صبح جهت آزمایش قند خون ، پتاسیم و آنزیم های قلبی ناشتا باشد . لطفا پاسخ آنزیم های امروز صبح پیگیری و گزارش گردد . دستورات دارویی اجرا و میزان درد مرتباً چک و ثبت می گردد. اوضاع عمومی بیمار در این شیفت نسبتا خوب بود بطوریکه به خوبی ارتباط برقرار می کند . کاملاً هوشیار و بیدار است، رژیم غذایی کم نمک و کم چربی می باشد . حدود سه چهارم وعده غذایی نهار را با اشتها میل نموده است . یک بار اجاب مزاج معمولی داشته است . دستور OOB نیز داده شد . نوار قلبی کامل در ساعت 12 MD گرفته شد . تغییر خاصی مشاهده نشد و به رویت پزشک معالج رسید .

حجم ادرار وی در طول این شیفت 80 میلی لیتر بود.

لطفاً در شیفت بعدی نتایج آزمایشات پیگیری و به اطلاع پزشک معالج برسد.

پرستار مسئول

امضاء – ساعت

# هدف و ارزش ثبت صحیح

تحولات ایجاد شده در سیستم مراقبت های بهداشتی باعث شده است بیماران توسط افراد حرفه ای مورد بررسی، مراقبت و درمان قرار گیرند. ثبت کامل، دقیق، صحیح و به موقع در تضمین تداوم مراقبت از بیمار ضروری است. یک گزارش پزشکی خوب باید دارای ویژگی های زیر باشد:

\* کامل و خوانا باشد.

\* منعکس کننده مراقبت[[14]](#footnote-14) های انجام شده برای بیمار باشد.

\* موارد عدم انجام مراقبت (به دلیل لغو مراقبت یا فراموش شدن آن) را انعکاس دهد.

\* اطلاعات تریاژ تلفنی را نشان دهد.

\* نتایج درمان را شرح دهد.

\* در برنامه ریزی، هماهنگی و ارزشیابی مراقبت های انجام شده به ارائه دهندگان  
 مراقبت های بهداشتی کمک کند.

\* کنفرانس های تلفنی ارجاعات و دیگر تعاملاتی که با متخصص جهت هماهنگی مراقبت از بیمار انجام شده است را شرح دهد.

\* گزارش درمان از راه دور را شامل شود.

\* تبادل اطلاعات علمی درباره بیمار را میسر سازد.

\* مدارک (شواهد) مربوط به مسئولیت های قانونی[[15]](#footnote-15) پرستار حرفه ای در مورد بیمار را فراهم نماید.

\* اطلاعات لازم را جهت تجزیه و تحلیل و بهبود هزینه – اثر بخشی تامین نماید.

\* منعکس کننده رفتار و مسئولیت اخلاقی و حرفه ای باشد.

\* اطلاعاتی را برای آموزش مداوم، مدیریت بحران[[16]](#footnote-16)، تحقیقات، پیشرفت کارها و پایش درمان بیمار فراهم نماید.

\* معرف الگوهای تجویزی (نسخه نویسی)[[17]](#footnote-17) ارائه دهندگان مراقبت باشد.

\* از شهرت، اعتبار و پروانه کار حرفه ای[[18]](#footnote-18) پرسنل محافظت نماید.

باید خاطر نشان کرد که گزارشات پزشکی همچنین می توانند در مورد قصور پزشکی، موارد جنایی (مانند تجاوز جنسی[[19]](#footnote-19)، سوء رفتار[[20]](#footnote-20) با کودکان و سالمندان) دادن دارو با دوز بالا و حتی قتل، به عنوان سند (مدرک) دادگاهی علیه پرسنل مورد استفاده قرار گیرند.

# نکات کلیدی گزارش نویسی

اگر از پرستار به دلیل قصور حرفه ای شکایت شود، اینکه وی مطالب را چگونه ثبت کرده است و اینکه چه چیزی را ثبت و چه چیزی را ثبت نکرده است به میزان قابل توجهی برای هیات داوران و نتیجه محاکمه اثر خواهد گذاشت. رعایت نکات کلیدی در گزارش نویسی موجب می شود یادداشت های پرستار کفه ترازوی عدالت علیه وی سنگین نکند.

# چگونه مطالب را ثبت کنید:

🗸 از فرم مناسب استفاده کنید و با خودکار بنویسید.

🗸 نام و شماره پرونده بیمار را روی تمام صفحات پرونده بنویسید.

🗸 تاریخ و زمان مطالب ثبت شده را یادداشت کنید.

🗸 واضح بنویسید. از به کار بردن اصطلاحات کلی و جملات گنگ و مبهم بپرهیزید.

🗸 فقط از کلمات یا حروف اختصاری استاندارد استفاده نمایید.

🗸 از اصطلاحات (واژه های) پزشکی فقط زمانی استفاده کنید که از معنی آن مطمئن باشید.

🗸 علائم را به بکار بردن جملات یا کلمات خود بیمار ثبت کنید. به طور عینی ثبت کنید.

🗸 خوانا بنویسید.

# چه مطالبی را باید ثبت کنید؟

🗸 تاریخچه بیماری، آلرژی، جراحی ها و بیماری های قبلی

🗸 تاریخچه فامیلی بیمار

🗸 بررسی های انجام شده

🗸 آزمایشات تشخیصی، پروسیجرها و ارجاعات را ثبت کنید.

🗸 یافته های آزمایشگاهی، نوارهای الکتروکاردیوگرام، نوارهای پایش جنین، اسکن های توموگرافی کامپیوتری، عکس های رادیولوژی، نوارهای ویدیوئی را مد نظر داشته باشید و آنها را در گزارش سیر وضعیت بیمار ذکر کنید.

🗸 کارهایی را که برای بیمار انجام داده اید را بنویسید.

🗸 مشاوره و ارجاعات (شامل نامه ها، تلفن ها، فاکس ها و نامه های الکترونیک داخل یا خارج موسسه را ثبت کنید).

🗸 گفتگوهای خود با بیمار یا خانواده بیمار را که به طور رو در رو یا به وسیله فاکس یا تلفن انجام داده اید ثبت کنید.

🗸 سطح تحصیلات بیمار را ثبت کنید.

🗸 رضایت نامه رسمی و مواردی که بیمار امتناع کرده است را ثبت کنید.

🗸 داروهایی که تجویز کرده اید یا دستور داده اید ثبت کنید.

🗸 پاسخ بیمار به داروها و درمان های انجام شده را ثبت کنید.

🗸 پیش آگاهی بیمار و برنامه های کاری را ثبت کنید.

🗸 پروتکل های پژوهشی را ثبت کنید.

🗸 نکاتی که برای حفاظت از بیمار ذکر کرده اید ثبت کنید. مثال هنگام مصرف داروهای نارکوتیک تجویز شده رانندگی نکنید.

🗸 گزارش هر حادثه را هم در گزارش سیر وضعیت بیمار و هم در برگه گزارش حادثه ثبت کنید.

🗸 پروسیجرها[[21]](#footnote-21) و آزمایشات را بعد از به انجام رساندن آنها ثبت کنید، و هرگز قبل از انجام آنها عمل ثبت را انجام ندهید.

🗸 هر خطی را به طور کامل بنویسید. هیچ جای خالی نگذارید تا افراد دیگر نتوانند در بین نوشته های شما چیزی اضافه کنند. از آخرین مطالبی که نوشته اید تا انتهای همان سطر یک خط ممتد بکشید.

🗸 در پایان مطالبی که نوشته اید نام کامل و عنوان خودتان را بنویسید و امضا کنید.

🗸 مطالبی که از قلم افتاده اند را به عنوان موارد جدید چارت کنید. هرگز به مطالب نوشته شده قبلی چیزی اضافه نکنید. در داخل یادداشت موارد از قلم افتاده به زمان و تاریخ آن اشاره کنید.

🗸 اگر مطالبی را به اشتباه نوشته اید، یک خط ممتد بر روی آن بکشید. بالای آن کلمه اشتباه را اضافه کنید و تاریخ و نام کامل خودتان را نیز بنویسید. هرگز مطالب اشتباه را پاک یا محو نکنید.

🗸 فقط مراقبت هایی را که خودتان انجام داده اید ثبت کنید. هرگز برای هیچ فرد دیگری ثبت نکنید.

🗸 از استانداردهای ثبت (گزارش نویسی) موسسه ای که در آن کار می کنید، پیروی کنید.

# ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

**1) وضعیت عمومی بیمار :** منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون خلق و خو، چگونگی ارتباط، سطح هوشیاری و تفاوت و تغییرات علائم عینی و ذهنی بیمار می باشد. استفاده از عباراتی چون (حال عمومی بیمار بد نیست) و از این قبیل، اینگونه جملات به تنهایی قابل درک و اندازه گیری و ارزیابی نیست.

**2) وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی**

**3) ثبت جذب و دفع :** در صورت کنترل جذب و دفع، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در انتهای 3 شیفت جمع 24 ساعت را محاسبه و قید نمایید. در صورتی که بیمار استفراغ یا هرگونه درناژ یا ترشحاتی داشته باشد باید رنگ، محتوا و مقدار آن ثبت شود (در مورد استفراغ و لاواژ، دفعات نیز باید ذکر شود).

**4) وضعیت خواب و فعالیت**

**5) موارد پاراکلینیکی:** نوع آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نماید. پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه و در صورت وجود موارد غیرطبیعی، ساعت دقیق دریافت را گزارش و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج اطلاع دهید و موضوع را در گزارش ثبت نمایید.

**6) موارد قابل پیگیری:** روند پیگیری و ثبت آزمایشات، عسکبرداری­ها، گرافیها، در کاردکس بیمار درج و تیک می گردد.

**7) ثبت دستورات و تغییرات حاد در وضعیت بیمار**

**8) اقدامات دارویی:** کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید (نام دارو، دوز دارو، راه تجویز دارو، تاریخ شروع، زمان استفاده دارو، نام دهنده دارو و ...) در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک به عللی اجرا نشد، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن تثبیت نماید.

**9) داروهای PRN**

**10) اقدامات ایمنی:** اقدامات حفاظتی نظیر میله های کنار یا سایر محدود کننده ها، بعلاوه زمان استفاده از این ابزارها، دلیل استفاده از آنها و وضعیت محدود کننده ها (بالا یا پایین بودن میله های کنار تخت) و پاسخ بیمار به محدود کننده ها ثبت گردد.

**11) دستورات تلفنی:** در موارد متعددی دستورات داده شده توسط پزشک بصورت تلفنی و بعضاً شفاهی صورت می گیرد. با ذکر نام پزشک و ساعت (tel Order) که در چنین مواردی باید دستور تلفنی به طور کامل در پرونده بیمار تحت عنوان دستور، ثبت شده و جهت صحت درک دستور مجدداً توسط پرستار مستمع[[22]](#footnote-22) بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی در قسمت دستورات پزشک درج شده و سپس اجرا گردد. دستورات تلفنی باید در اولین فرصت توسط پزشک معالج امضاء گردد.

**12) ثبت حوادث**

**13) اقدامات پرستاری :** بهتر است برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از 6 تکنیک استفاده شود و برای هر پروسیجری قید شود که اولاً چه پروسیجری اجرا شده (what) چرا (why) چه زمانی (when) کجا (where) توسط چه کسی (who) و چگونه (Now) ولی همیشه لازم نیست در مورد هر چیزی 6 مورد رعایت شود. زمانی که مسئله ای بر اساس دانش حرفه ای پرستاری بسیار واضح باشد مثل سوند در داخل مجرای ادراری گذاشته شد که در این جا هر پرستاری می داند که سوند فولی درون مجرا گذاشته می شود ولی زمانی که کاتتر سوپراپوبیک استفاده می شود، محل آن باید قید شود.

**14) آموزش به بیمار و همراهان وی**

# نکات کلیدی در ثبت و گزارش نویسی

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.

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

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

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

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

5- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعدادیک الی 24 استفاده نمایید. (لازم به ذکر است که باید گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد)

6- وضعیت عمومی و همودینامیک[[23]](#footnote-23) بیمار را براساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.

7- تعداد و ریتم ضربان قلبی ، تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.

8- درصورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور[[24]](#footnote-24) ، مانیتورینگ ، پیس میکر و......) جهت مراقبت ازبیمارتوضیحات لازم را یادداشت نمایید.

9- وضعیت خواب واستراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.

10- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

11- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.

12- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

13- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

14- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.

15- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.

16- انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

17- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس 115، توسط همراهیان و... ، ) وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.

18- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره هاو....)

19- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را درصورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

20- درصورت 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.

21- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.

22- درصورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات را دارد باید فرم کنترل جذب ودفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

23- شبکار باید در پایان شیفت خود جمع 24ساعته را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.

24- هرگونه علائم و نشانه ای که به پزشک اطلاع داده میشودرا ثبت نمایید.

25- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و.... ضروری است.)

26- 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.

27- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

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

29- 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)

30- 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 ودر گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود (برخی از علل احتمالی عبارتند از : موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و )...

31- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضوری، تلفنی) دقیقا ثبت کنید.

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

دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت وتوسط 2پرستار امضاء شود.

دستور تلفنی ظرف مدت 24ساعت 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.

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

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

34-1- بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.

34-2- در قسمت بالا و یا جلوی مورداشتباه کلمه » اشتباه « یا Error را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه »اشتباه « یا Error ادامه دهید.

35- از مواردی که منجر به تحریف[[25]](#footnote-25) گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

35-1- اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

35-2- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

35-3- دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

35-4- اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

35-5- تخریب یا مخدوش نمودن[[26]](#footnote-26) گزارشهای قبلی یا موجود

36- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی[[27]](#footnote-27) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

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

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

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

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

41- 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.

42- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند بپرهیزید.

43- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

44- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود. ( در بخشهای ویژه یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت case method باشدگزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شود).

45- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.

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

**سطح بندی بیماران براساس نیازهای مراقبتی :**

الف . سطح یک (خود مراقبتی Self care) :

بیماربدون کمکقادر به انجام فعالیتهای روزانه خود می باشد ..

ب . سطح دو ( مراقبت جزئیMinimal care) :

بیمار باحداقل کمکقادر به انجام فعالیتهای روز مره زندگی خود می باشد

ت . سطح سه ( مراقبت نسبی Moderat care) :

بیمار برای انجام فعالیتهای روزانه به کمک احتیاج داشته و نیازمند سطح بالاتری از مراقبتها

ث . سطح چهار (مراقبت کامل Total care) :

بیمار به طور کامل وابسته است وقادر به انجام هیچ یک از فعالیتهای روزمره خود نیست

ج . سطح پنج ( مراقبت ویژه Intensive care) :

بیمار نیازمندحداکثر مراقبت، ، کنترل هر یک ساعت علائم حیاتی و دریافت کننده درمانهای پیچیده و مداخلات پیشرفته پرستاری مثل مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور می باشد.

45- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.

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

# مشکلات بالقوه قانوني در ثبت گزارش

1. عدم تطابق محتوي گزارش با استانداردهاي حرفه اي

2. محتوي گزارش منعکس کننده نيازهاي بيمار نباشد

3. محتوي ناقص يا بي ثبات

4. محتوي توصيف کننده موارد غير عادي نباشد

5. محتوايي که منعکس کننده دستورات طبي نباشد

6. وجود خط و فضاي خالي بين خطوط ثبت شده گزارش نويسي

7. امضاء گزارشات تهيه شده پس از امضاء فرد ديگر

8. تحريف گزارش

9. وجود چند نوع دست خط در تهيه يک مورد گزارش

10 . ناخوانا بودن گزارش

11 . درهم برهمي و کثيفي گزارش

12 . جا افتادن تاريخ و زمان و گزارش متناقض

13 . رونويسي اشتباهات

14 . امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار

15 . لاك گرفتن بخشي از محتواي گزارش نويسي

16 . ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

# خطا در ثبت گزارش :

ایده آل این است که پرستار هر گزارشی را که از پرستاران شیفت قبل دریافت می کند کامل و صحیح باشد، ولی متاسفانه همیشه اینطور نیست. هر چند لزوماً نمی توان کارهایی که پرستاران دیگر انجام می دهند را تغییر داد، ولی می توان سعی نمود چارت کردن را بدون عیب و نقص انجام داد، به طوری که مراقبت دهندگان دیگر را به اشتباه نیندازد.

# گذاشتن فضای خالی در گزارش

وجود فضای خالی ممکن است نشان دهنده این باشد که مراقبت کامل از بیمار انجام نشده است یا بیمار به طور کامل مورد بررسی قرار نگرفته است. به منظور اطمینان از ثبت کامل، باید مقررات موسسه در مورد گذاشتن فضاهای خالی رعایت شود که ممکن است نیاز باشد:

🗸 فقط آن کارها یا فعالیت هایی که برای بیمار انجام شده است، شرح داده شود.

🗸 یک خطا در فضاهای خالی کشیده شود یا عبارت (not applicable) N/A در فضای خالی نوشته شود. این کار از اینکه دیگران اطلاعاتی را وارد کنند جلوگیری می کند.

# انجام اصلاحات در گزارش

گزارشات تصحیح شده هم می تواند باعث ایجاد بدگمانی و سوء ظن شود، وکلای شاکی سعی خواهند کرد اصلاحات را استخراج نموده و شک و تردید را در مورد دقت و صحت پرونده برطرف نمایند. اگر قرار است تصحیحی انجام شود، رعایت موارد زیر مفید است:

🗸 وقتی اشتباهی در گزارش نویسی رخ می دهد، بهتر است هر چه سریعتر تصحیح شود.

🗸 تصحیحات تا آنجا که ممکن است باید خوانا و تمیز باشند، در صورت امکان دلیل انجام تصحیح شرح داده شود.

🗸 هرگز نباید نوشته های اشتباه را پاک کرد، پوشانید، به طور کامل خط زد یا محو کرد، زیرا ممکن است نشان دهنده پنهان کردن باشد. پاک کردن یا استفاده از لاک صحیح یا جوهر سیاه برای از بین بردن یک اشتباه به هیچ وجه صحیح نیست.

در موقع بروز اشتباه در ثبت گزارشات باید به وسیله کشیدن یک خط و نوشتن عبارت «ثبت اشتباه» در پائین یا کنار آن، نوشته را تصحیح کرد. به دنبال این عبارت، حرف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ قید گردد. همچنین ممکن است لزوم تصحیح گزارش به طور خلاصه شرح داده شود. پرستار باید اطمینان پیدا کند که گزارش اشتباه هنوز هم قابل خواندن است، این کار نشان می دهد که پرستار فقط سعی داشته است اشتباه را اصلاح کند نه اینکه آن را محو نماید.

# گزارشاتی که با تأخیر نوشته شوند یا تغییر داده شوند.

گزارشاتی که با تأخیر یا دیروقت نوشته شود یا تغییر داده شود باعث ایجاد بدگمانی و سوء ظن[[28]](#footnote-28) شده و مشکلی جدی و قابل توجه است که ممکن است منجر به شکایت علیه پرستار به دادگاه شود و قصور حرفه ای محسوب گردد. بنابراین بهتر است پرستار از انجام چنین کارهایی اجتناب نماید، مگر در موارد زیر:

🗸 زمانی که پرستار به پرونده نیاز دارد و پرونده در دسترس نباشد، برای مثال زمانی که بیمار در خارج از بخش است.

🗸 در مواقعی که لازم است پرستار اطلاعات مهم را بعد از تکمیل گزارشات اضافه نماید.

🗸 اگر پرستار فراموش کند گزارشات را در پرونده مخصوص بنویسد.

اگر لازم است پرستار گزارش را با تأخیر بنویسد یا گزارش قبلی را تغییر دهد، رعایت موارد زیر ضروری است:

🗸 اگر موسسه پروتکلی[[29]](#footnote-29) برای نوشتن گزارشات دیر وقت یا تغییر یافته دارد باید مطابق آن عمل کرد، اگر پروتکلی وجود ندارد بهترین راه این است که مورد جدید به اولین خط موجود و در دسترس اضافه شود و عبارت «ثبت با تأخیر» در کنار آن نوشته شود تا نشان دهد که این گزارش خارج از نوبت نوشته شده ست.

🗸 ثبت تاریخ و ساعت ثبت اطلاعات و همچنین ثبت تاریخ و ساعتی که گزارش باید نوشته می شده است.

# ثبت مراقبت هایی که به وسیله اشخاص دیگر انجام می شود

وقتی پرستار کارهای دیگران را ثبت می کند هر کس که گزارشات را می خواند می پندارد که این گزارشات کارهای اصلی و مراقبت هایی هستند که توسط آن پرستار انجام شده اند. در بعضی از مؤسسات، بهیاران و تکنسین ها اجازه ندارند کارهایی را که انجام داده اند به طور رسمی در پرونده بنویسند. اگر این موارد در موسسه وجود دارد، باید از ثبت موارد زیر اطمینان حاصل کرد:

🗸 اینکه مراقبت مناسب و صحیح انجام شده باشد

🗸 بررسی پرستار نویسنده گزارش از بیمار

🗸 بررسی هایی که پرستار از کار انجام شده به عمل آورده است (مانند تعویض پانسمان)

🗸 نام کامل و عنوان پرسنلی که مراقبت را انجام داده است.

# تصحیح اشتباه در گزارش نویسی

I. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.

II. در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است یا Error .

III. تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

1. برای اضافه کردن مطلب جدید به گزارشات قبلی، علاوه بر درج تاریخ و ساعت جدید، بنویسید ضمیمه گزارش قبلی(تاریخ و ساعت گزارش قبلی را نیز درج کنید) و امضا نمائید.

2. از گنجانیدن مطالب جدید در لابلای گزارش قبلی خودداری کنید .

3. در صورت طولانی بودن گزارشات باید نوشته شود(ادامه دارد) امضا و مهر شود و بعد وارد صفحه بعدی شد .

جهت ثبت گزارش پرستاري از برگه هاي استاندارد استفاده نماييد.

4. وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.

5. تعداد و ریتم ضربان قلبي- تنفسي بيمار و عملكرد سيستمهاي حياتي بدن را ثبت کنید.

6. در صورت استفاده از هر گونه وسايل مكانيكي (ونتيلاتور ، مانيتور، پیس میکر و......)

7. وضعيت خواب واستراحت و ميزان فعاليت و وضعيت دفعي بيمار را حتماً ثبت کنید.

# روشهاي گزارش کلامي پرستاري

گزارش شفاهي يک ارتباط سيستماتيک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروري براي مراقبت از بيماران مي باشد.

پرستاران روزانه چندين مرتبه از گزارش شفاهي استفاده مي نمايند. در اين نوع گزارش يک پرستار خلاصه اي از فعاليتها و شرايط بيمار در زمان ترك بخش براي استراحت و يا پايان شيفت را به پرستار ديگر منتقل مي نمايد.

چهارنوع گزارش شفاهي توسط پرستاران استفاده مي شود:

1. گزارش تعويض شيفت change of shift reports

2. گزارش تلفني Telephone reports

3. گزارش انتقالي Transfer reports.

4. گزارش حوادث اتفاقي 4Incident reports.

**1. گزارش تعويض شيفت**

يکي از مهمترين کاربردهاي گزارش شفاهي گزارش تعويض شيفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و يا در صورت راند باليني بخش در کنار تخت بيماران انجام شود. راند باليني داراي مزاياي متنوع و قابل توجهي مي باشد. در يک بررسي زمان راند باليني در يک بخش از 30 دقيقه تا 45 دقيقه متغيير بوده است.

گزارش تعويض شيفت ممکن است بصورت شفاهي، نوار ضبط صوت و يا در طول راند باليني بخش در کنار تخت بيماران داده شود.

**مزاياي راند باليني:** راند باليني به پرستاران اجازه مي دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خويش بازخوردي فوري دريافت نمايند. در طي مدت راند باليني ممکن است نکات هشدار دهنده اي از سوي بيماران يادآوري گردد.

با توجه به اين امر که پرستاران مسئوليتهاي زياد و متنوعي را دارند اين مسئله بسيار مهم است که گزارش تعويض شيفت با سرعت و با کفايت انجام شود.

در هنگام راند باليني علاوه بر گرفتن اطلاعاتي که ما را در طراحي مراقبت پرستاري ياري مي دهد فرصت مناسبي جهت ارزيابي مراقبت پرستاري دريافت شده را نيز به ما مي دهد و همچنين به بيمار اين امکان را مي دهد که در ارتباط با مراقبتهاي دريافت شده بحث نمايد.

**2. گزارشات تلفني:** گزارشات تلفني راه سريع و مناسب در انتقال اطلاعات مي باشد. اشخاصي که در گزارشات تلفني نقش دارند بايد مطمئن باشند اطلاعات واضح است ، اطلاعات صحيح است ، اطلاعات دقيق است. زمان برقراري تماس تلفني، نام و سمت شخصي که با وي تماس گرفته شده، نام شخص تماس گيرنده، اطلاعات داده شده و اطلاعات گفته شده ثبت گردد.

مثال:ساعت: pm 10:22 مسئول آزمايشگاه آقاي کمالي ميزان پتاسيم آقاي صابري بيمار تخت شماره 302 بخش داخلي را 2. 3 ميلي اکي والان گزارش نمود.

**دستورات تلفني:** اين نوع دستورات معمولا بين پزشک و پرستار تبادل مي شود. وضوح پيغام در اين امر بسيار مهم و ضروري است.

دستورات تلفني بايستي توسط پرستار تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصي به عنوان سند دائمي[[30]](#footnote-30) ثبت نمايد و آنرا امضاء کند و پرستار دوم نيز به عنوان شاهد آنرا مهر و امضاء کند. و ظرف 24 ساعت به مهر و امضاي پزشک معالج برسد.

بهتر است اين نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.

نکات زير مي تواند پرستاران را در پيشگيري از اشتباه احتمالي در امر دستورات تلفني ياري نمايد:

\* چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفني عجله داشت حتما سوالاتي را دسته بندي ودر زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمائيد تا از سوء تفاهم و عدم درك مناسب پيشگيري شود.

\* بطور وضوح نام بيمار، شماره اتاق و تشخيص پزشکي بيمار را مشخص نمائيد.

\* هر دستوري را که پزشک تجويز نموده است مجددا تکرار نماييد.

\* تاريخ و زمان دستورات تلفني را دقيق ثبت نمائيد. نام بيمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائيد.

\* لازم است دستورات تلفني و حتي دستورات شفاهي توسط 2 نفر پرستار تائيد و بوسيله هر دو نفر امضاء مي گردد.

**3. گزارش انتقالي:**  در موارد خاص جهت پيگيري،درمان، تشخيص و اقدامات موثر، بيمار از بخشي به بخش ديگر و يا از مرکزي به مرکز درماني ديگر منتقل مي شود. هنگامي که گزارش انتقال داده مي شود پرستاران در ثبت گزارش بايستي به نکات زير توجه نمايند:

1. نام بيمار، سن، پزشک اوليه و تشخيص پزشک

2. خلاصه اي از سير بيماري در زمان انتقال

3. وضعيت سلامت فعلي (فيزيکي, رواني و اجتماعي)

4. تشخيصها، مشکلات و طرحهاي مراقبتهاي فعلي پرستاري

5. هر مداخله يا ارزيابي فوري که در زمان کوتاهي پس از انتقال بايستي انجام شود.

پرستار تحويل گيرنده بايستي زماني را به بررسي وضعيت سلامت موجود بيمار پس از انتقال اختصاص دهد.

**4. گزارش حوادث اتفاقي در بيمارستان (موسسه درماني) :** گزارش حوادث اتفاقي بايستي بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. گزارش حوادث اتفاقي شامل موارد زير است:

1. توصيف دقيق واقعه

2. زمان حادثه

3. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه

4. زمان اطلاع به پزشک مسئول

5. زمان ويزيت بيمار توسط پزشک

6. درمان ها و پيگيري هاي لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشي از حادثه

# روشهای گزارش نویسی

1- سنتي يا بيمارستاني: در اين روش اطلاعات طبقه بندي شده است و پزشك "پرستار" آزمايشگاه و راديولوژي هر كدام در برگه خاصي گزارش خود را مي نويسند. در اين صورت برگه هاي متعددي در پرونده بيمار ديده مي شود .

2-گزارش نويسي  SOAPIE : شكل خاصي براي تهيه و نوشتن يادداشتهاي تفصيلي است.

S مشاهدات ذهني يا نظر بيمار : شامل مشكلات "علائم و نشانه هايي است كه بيمار زباناً بازگو مي كند در اين نوع گزارش بايد كلمات و عبارات بيمار نوشته شود نه اينكه مشاهده كننده حرفهاي بيمار را تفسير كند . در صورتيكه بيمار قادر به بيان نباشد " اين بخش از گزارشات خالي مي ماند.

O مشاهدات عيني : اين بخش شامل مشاهدات و اطلاعاتي است كه ديده ، شنيده و احساس مي شود و با ابزارهاي مختلفي بدست مي آيد در اين روش به الگوهاي ارتباطي بيمار نيز بايد توجه شود

A بررسي اطلاعات بدست آمده : شامل اطلاعات و يافته هاي عيني و ذهني ديگران از طريق شرح و درك و نوشتن نتايج است تمام افرادي كه در تهيه گزارشات كمك  
مي كنند بايد نظر خود را در باره بررسي، صادقانه و در سطح درك و مهارت خود از وضعيت بيمار بنويسند . روشهاي بررسي و شناخت شامل : مشاهده، مصاحبه، اندازه گيري[[31]](#footnote-31)، معاينه فيزيكي ( سمع، لمس، دق ، ديدن ) مي باشد .

P به معني Planning  مي باشد و

I Intervention-E  Evaluation ­ :

در اين روش ثبت همه اعضاي تيم مراقبت از يك مدرك براي ثبت استفاده مي كنند.

3-گزارش نويسي به روش POR) problem  oriented  Record ) : در اين روش تاكيد روي مشكل بيمار يا مشكل طبي او و مراقبت از اوست . در اين روش نه تنها درمانهاي بيمار ثبت مي شود، بلكه دليل معالجات و مراقبتها نيز ذكر مي شود. سير بيماري بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و كنترل اعمالي كه براي بيمار انجام  
 مي شود، آسانتر و طبقه بندي شده خواهد بود . پرستار، متخصص تغذيه، مددكار اجتماعي، فيزيوتراپيست، آزمايشگاه و سايرين در يك محل ،  گزارششان را مي نويسند . مثال: مشكل بيمار تغذيه ناكافي در رابطه با برداشتن قسمتي از معده اش است، در بخشي از گزارش پزشكي كه عمل جراحي را انجام داده، پيشرفت بيماري را توصيف ميكند، پرستار راجع به اشتهاي بيمار و متخصص تغذيه، رژيم درماني پيشنهادي قابل تحمل براي بيمار را ثبت ميكند. اين روش براي بيمار مفيد است، زيرا كليه اعضاي تيم مراقبت در تنظيم اين برنامه شركت دارند و بطور حتم اثر خلاقيت نيز بيشتر خواهد بود.

الگوي ثابت اين روش عبارتست از : جمع اوري اطلاعات پايه – ليست مشكلات – طرحهاي اساسي – گزارش پيشرفت بيماري .

4-گزارش نويسي گام به گام: پرستار معمولا با اطلاعات پايه مربوط به دليل بستري بيمار، گزارش خود را شروع كرده و بدنبال آن اطلاعات توصيفي مشروح در مورد پيشرفت بيمار در طول شيفت خود را گزارش مي كند و به ترتيب گزارشات بدو ورود، تغيير شيفت، قبل از عمل، ريكاوري، بعد از عمل، آموزش ترخيص و يا گزارش فوت در پرونده ثبت   
مي شود .

5-گزارش نويسي بر اساس تشخيص پرستاري : تشخيص پرستاري جمله يا عبارتي است كه وضعيتي نامطلوب را مشخص مي كند. پرستاران بر اساس قوانين كار پرستاري، مسئول تشخيص و درمان واكنشهاي بيماران به مشكلات بهداشتي هستند.

تشخيصهاي پرستاري عمدتا به قسمتهايي مربوط مي شود كه به عنوان اعمال مستقل پرستاري شناخته شده اند و اقداماتي هستند كه پرستار بدون همكاري پزشك يا اعضاي ديگر تيم درمان و مراقبت و بدون وابستگي آنها را انجام مي دهد. اين اعمال شامل موارد زير است:

1-پيشگيري مثل آموزش، تغيير وضعيت، مراقبت مشكلات

2-روشهاي اصلاح كننده مثل تشويق به مصرف مايعات، دادن داروها

# تشخيص پرستاري قسمت مهمي از فرايند پرستاري است

فرايند پرستاري يك روش منسجم از انجام مراقبت پرستاري را فراهم مي آورد

1- از نقصها و دوباره كاريهاي غير ضروري جلوگيري مي كند .

2- به پرستاران جهت انجام اقدامات براي فرد (نه بيماري او ) كمك مي كند .

3- به بیمار و خانواده ها كمك مي كند كه بفهمند فعاليتهاي آنها مهم است و نقاط قوت آنها داراي ارزش زيادي مي باشد.

4- انعطاف پذيري[[32]](#footnote-32) و استقلال فكري را افزايش مي دهد .

5- ارتباط بهتري فراهم مي كند.

6- به پرستاران كمك مي كند كه نتايج رضايت بخشي بدست آورند.

مراحل فرايند پرستاري : بررسي و شناخت، Assessment – تشخيص Diagnosis   
 برنامه ريزي Planning  - اقدام Intervention – ارزيابي Evaluation .

# انواع تشخيصهاي پرستاري عبارتست از:

1- موجود يا Actual

2- بالقوه يا Potential

3- احتمالي يا Possible

تشخيص پرستاري بياني است از مشكل بيمار و قضاوت پرستار ، به وضعيتي اطلاق   
مي شود كه پرستار اجازه دارد آنرا درمان كند. اطلاعات لازم براي تشخيص پرستاري از طريق بررسي و شناخت بدست مي آيد.

# تشخيص پرستاري شامل دو قسمت است

1- مشكل بيمار

2- اتيولوژي[[33]](#footnote-33) ( عناصر محيطي - روانشناختي - اجتماعي - فيزيولوژيك[[34]](#footnote-34) يا معنوي ) .

مثال: بيماري 48 ساعت بعد از بستري در بيمارستان از حالت NPO خارج مي شود و پرستار متوجه مشكل تغذيه او مي شود. تشخيص پرستاري: اختلال تغذيه كمتر از نياز بدن (مشكل) مربوط به بي اشتهايي (اتيولوژي). با توجه به اتيولوژي ممكنست اقدامات پرستار متفاوت باشد.

# راهنما براي نوشتن تشخيص پرستاري

- تشخيص را با واژه هاي پاسخ به جاي نياز بنويسيد. مثال: اختلال در تحرك جسمي مربوط به ضعف بدني. (ص ) به چرخاندن مكرر نياز دارد (غ ) .

- به جاي عبارت " بعلت يا در اثر" ‘ از عبارت" مربوط به" استفاده كنيد .  زيرا اين عبارت الزاما  به معني وجود رابطه علت و معلولي نيست .

- تشخيص را با استفاده از اصطلاحات قابل قبول قانوني بنويسيد. مثال: استعداد اختلال سلامت  پوست ، مربوط به كاهش تحرك بدني (ص ). استعداد اختلال سلامت پوست به علت كم چرخيدن در بستر (غ ) .

- تشخيص را بدون قضاوت بنويسيد ( بر اساس اطلاعات عيني و ذهني ) مثال : اشكال در انجام وظيفه پدري، مربوط به دوري طولاني مدت از فرزند (ص ) اشكال در انجام وظيفه پدري به علت بي علاقگي به فرزند (غ ).

- از جابجا كردن دو بخش تشخيص خودداري كنيد زيرا سبب به هم خوردن ارتباط بين مشكل بيمار و اتيولوژي مي شود. بخش اول منعكس كننده مشكل بيمار است و پيامدها را مشخص مي كند و بخش دوم نوع اقدامات پرستاري را تعيين خواهد كرد.

- از اشاره به علائم و نشانه هاي بيماري در تشخيص پرستاري خودداري كنيد زيرا يك نشانه يا علامت مجزا را نمي توان تشخيص محسوب كرد و ممكن است به تشخيص اشتباه برسيد.

- مطمئن باشيد كه دو بخش تشخيص داراي يك معني نباشد. مثال: اختلال در مكانيسمهاي تطابقي مربوط به اثرات  رفتن به مدرسه جديد (ص ) اختلال در مكانيسمهاي تطابقي[[35]](#footnote-35) بعلت ناتواني در تطابق (غ ).

- اتيولوژي را با اصطلاحات قابل تغيير بيان كنيد .مثال : كمبود آگاهي در مورد رژيم غذايي پيش از زايمان (ص ) كمبود آگاهي بعلت حاملگي (غ ).

- تشخيص طبي را در تشخيص پرستاري وارد نكنيد .مثال : خوب پاك نشدن راههاي هوايي مربوط به احتباس ترشحات (ص ) خوب پاك نشدن راههاي هوايي بعلت بيماري انسدادي ريه (غ ).

- تشخيص را روشن و خلاصه بنويسيد زيرا موجب تسهيل برقراري ارتباط بين افراد تيم مراقبت شده  و باعث مي شود كه افراد نيروي خود را بر روي عوامل مربوط به مشكل خاصي متمركز كنند .

# ثبت پروسيجرها

**🞷 دارو درماني**

🗸 اسم دارو و شکل دارو و مقدار دارو و راه مصرف دارو و دوز مصرف و واکنشهاي متقابل دارويي در صورت بروز .

🗸 داروهاي اختصاصي: طول مدت تجويز دارو .

🗸 تزريق عضلاني و داخل جلدي: مکان تزريق .

**🞷 سرم درمانی**

هنگام ثبت سرم درمانی، رعایت موارد زیرضروری است:

🗸 پس از برقراری مسیر وریدی، تاریخ، ساعت، محل ورود به ورید، وسایلی که به کار رفته اند (مانند نوع و قطر کاتتر یا نیدل) باید ثبت شوند.

🗸 تغییر محل مسیر وریدی یا تعویض ست سرم و دلیل آن (خروج مایع از رگ، فلبیت، انسداد، حرکت و جابه جایی بیمار، یا تعویض طبق مقررات مؤسسه) باید ثبت شود.

اگر برقراری مسیر وریدی پس از چند دفعه تلاش امکان پذیر شد، دفعات آن و نوع کمکی که از دیگران دریافت شده است باید ثبت شود.

🗸 در هر شیفت، نوع، مقدار و میزان جریان مایع وریدی و وضعیت محل مسیر وریدی باید ثبت شود.

🗸 در مواقعی که برای باز کردن مسیر وریدی اقدامی انجام می شود، نوع و مقدار مایع به کار برده شده برای این کار باید مشخص و ثبت شود.

🗸 در مواقع بروز عوارض اقداماتی که انجام می شود (قطع جریان مایع وریدی، بررسی مقدار مایعی که نشت کرده است، مداخلات پرستاری انجام شده، و اطلاع به پزشک) باید ثبت شود.

🗸 اگر یک داروی شیمی درمانی به خارج از رگ نفوذ کرد، طبق مقررات مؤسسه باید وضعیت ظاهری محل مسیر وریدی، نوع مداخله مخصوصاً نوع دارویی که به عنوان آنتی دوت به کار رفته است، نوع پانسمان به کار رفته در محل و اطلاع به پزشک ثبت شود.

🗸 اگر هنگام سرم درمانی واکنش حساسیتی رخ دهد باید پزشک را فوراً در جریان قرار داد و فرم مخصوص عوارض ناخواسته حاوی نوع و وسعت واکنش، زمان تشخیص واکنش، درمان های انجام شده و پاسخ بیمار به این درمان ها تکمیل شود.

🗸 آموزش هایی که به بیمار و خانواده وی در زمینه هدف سرم درمانی، توضیح پروسیجر و عوارض احتمالی داده شده اند باید ثبت شود.

**🞷 تزريق داخل سياهرگي: موضع IV Line**

🗸 تزريق زيرجلدي: دوز مصرفي جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقيق تزريق .

🗸 اشتباهات دارويي و امتناع از مصرف دارو: گزارش اشتباه و دوز و روش تجويز و زمان و فرد و حذف دوز و داروي تاريخ گذشته و طريقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بيمارثبت شود.

**🞷 تزریق داخل وريدي**

تاريخ و موضع وارد نمودن سوزن، وسايل مورد استفاده مثل آنژيوکت يا اسکالپ وين ، ميزان قطرات و حجم سرم انفوزيون شده، در صورت تغيير محل آنژيوکت علت تغيير محل و يا عوارض مايع درماني و موارد آموزش داده شده به بيمار بايد در گزارش پرستاري ثبت شود.

**پنج ازمایش اصلی در زمان گزارش عوارض ترانسفوزیون خون :**

1 .گروه خونی

2.کراسمچ

3.کومبس مستقیم(DAT)

4.هموگلوبینمی

5.هموگلوبیمی

**نکات مهم حين تزريق خون:**

1- حداکثر مدت زمان تزريق خون 4 ساعت مي باشد

2- هويت[[36]](#footnote-36) دقيق بيمار و کيسه خون

3- قرار دادن صحيح سوزن تزريق در رگ

4- استفاده از ست فيلتردار

5- مراقبت متناوب از بيمار

6- در صورت واکنش بيمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از انجام اقدامات لازم در گزارش پرستاري تاريخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون يا فراورده هاي تزريق شده، زمان شروع و توقف خون، درمانهاي انجام شده براي عوارض ثبت شود.

7- کنترل علايم حياتي به طور متناوب(قبل، حين و پس از تزريق خون) و ثبت در چارت ترانسفوزيون خون

8- همه محصولات خوني (خون کامل ، گلبول قرمز متراکم ، پلاکت، کرايوپرسيپيتيت[[37]](#footnote-37)، محصولات ليوفيليزه ) ، بايد با ست فيلتردار تزريق شود.

9- در هر تزريق بايد رگ مناسب آنژيوکت مناسب (نوع و شماره آن) انتخاب گردد.

10- در موارد روتين ( غير اورژانس ) خون کامل و يا گلبول قرمز متراکم معمولاً در يک يا دو ساعت تزريق مي شود ، ML/KG/H ( 5-4) و بيش از 4 ساعت نبايد طول بکشد   
( در موارد اورژانس خون را با هر سرعتي مي توان تزريق نمود ).

11- يکي از مهمترين و حساس ترين و نقطه عطف تزريق خون تعيين هويت بيمار و انطباق آن با کارت شناسايي و فرم درخواست خون و کيسه خون درست قبل از تزريق خون   
مي باشد.

12- از ديگر نکات با اهميت حضور پزشک معالج بر بالين بيمار مي باشد.

در 15 دقيقه اول که بيش از 90 % عوارض حاد رخ مي دهد بايد تزريق آهسته باشد (ML/KG/H 3-2) و کنترل علايم زير که از مهمترين نشانه هاي واکنش هموليتيک   
مي باشد مي­تواند در شناسايي زودرس آن کمک کند (لرز-تب-کمردرد-تهوع-فشردگی قفسه سینه-تنگی نفس- اظطراب).

**🞷 درخواست خون:**

فرم درخواست خون سه برگي مي باشد که مشخصات آن بايستي توسط پرستار به طور کامل و صحيح و دقيق پر شود ، ثبت ترانسفوزيون ها و حاملگي هاي قبلي در فرم درخواست خون نيز مسئول بانک خون را موظف به جستجوي آنتي بادي هاي ناخواسته در خون بيمار مي کند.

**🞷 گزارش مانيتورينگ قلب**

تاريخ و ساعت شروع مانيتورينگ، ليدهاي استفاده شده، ريتم هاي خوانده شده، اقدامات انجام شده

مثال: ساعت 45/ 12 مانیتور بیمار ریتم سینوسی با PVC HR=150 را نشان داد، بیمار شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب دارد.

نوار قلبی گرفته شد به دکتر حسینی اطلاع داده شد. BP=170/80 اکسیژن 2 لیتر از طریق لوله بینی برای وی گذاشته شد. مورفین داخل وریدی5MG ساعت 50/12 تزریق شد. نمونه خون از نظر الکترولیت ها چک شد. ریتم سینوسی با PVC درد قفسه سینه نداشت.

**🞷 بررسی علایم حیاتی**

تاریخ 17/3/1390 ساعت 00 :12

تعداد تنفس 19 در دقیقه ، تنفس ها سطحی ، فشار خونmmHg 60/90 ، تعداد نبض رادیال 110 در دقیقه ، نبض رادیال نامنظم ، ضعیف و نخی شکل ، درجه حرارت دهانی C 2/39 و پوست رنگ پریده ، سرد و مرطوب ، به خانم دکتر عالی اطلاع داده شد.   
پرستار ج – راد نیا

در ناراحتی های قفسه سینه ( تروما – تنگی نفس – chest pain ) حتماً نبض از 2 دست بیمار کنترل و مقایسه و ثبت شود.

**🞷 تغییر در وضعیت بیمار**

🗸 شکایت اصلی بیمار

🗸 بررسی های انجام شده توسط پرستار

🗸 مداخلاتی که انجام شده است

🗸 نام پرسنلی که وضعیت بیمار به آنها اطلاع داده شده است.

🗸 آنچه که گزارش شده است.

🗸 آموزش هایی که دریافت شده است.

**🞷 اکسيژن تراپي**

دلايل شروع اکسيژن درماني (علائم اختلال تنفسي)، زمان شروع اکسيژن درماني و طول مدت اکسيژن درماني، روش اکسيژن درماني، ميزان اکسيژن درماني، واکنش فرد نسبت به اکسيژن درماني

**🞷 تهویه مکانیکی**

🗸 تاریخ و ساعت شروع تهویه مکانیکی

🗸 نوع ونتیلاتور

🗸 تنظیمات دستگاه ونتیلاتور

🗸 پاسخ های ذهنی و عینی بیمار به تهویه مکانیکی از قبیل علائم حیاتی، صداهای تنفسی، استفاده از ماهیچه های کمکی برای تنفس، سطح راحتی بیمار و ظاهر فیزیکی وی

🗸 عوارضی که بروز کرده است و مداخلات انجام شده.

🗸 نتایج تست های آزمایشگاهی از جمله نتایج آنالیز گازهای خون سرخرگی (ABG) و اشباع اکسیژن

اگر بیمار تهویه همراه با حمایت فشار مثبت دریافت می کند یا برای بیمار از قطعه تی یا کلار تراکئوستومی استفاده شده است موارد زیر باید ثبت شود:

🗸 مدت زمان تنفس خود به خودی

🗸 توانایی بیمار در پیشرفت طبق برنامه جدا شدن از دستگاه تهویه

اگر بیمار تهویه ضروری متناسب با یا بدون حمایت فشار مثبت دریافت می کند موارد زیر باید ثبت شود:

🗸 تعداد تنفس

🗸 ساعت وقوع هر مورد کاهش تنفس

🗸 تعداد تنفس های خود به خودی

اگر بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد رعایت موارد زیر لازم است:

🗸 ثبت تغییرات در تنظیمات ونتیلاتور (این تغییرات بر اساس نتایج آزمایش، گازهای خون سرخرگی انجام می گیرد)

🗸 ثبت مداخلاتی که برای ارتقای تحرک بیمار، محافظت پوست یا تسهیل تهویه انجام شده است از جمله اینکه: چه زمانی و چگونه ورزش های دامنه حرکتی فعال یا غیرفعال با بیمار انجام شده است، چه زمانی تغییر وضعیت داده شده است، چه اوقاتی ساکشن انجام شده است و همچنین ثبت خصوصیات ترشحات.

🗸 ثبت یافته هایی که در بررسی بیمار در ارتباط با جریان خون محیطی، برون ده ادراری، کاهش برون ده قلبی، افزایش حجم مایعات، دهیدراسیون و دوره های خواب و بیداری به دست آمده اند.

🗸 ثبت آموزش هایی که به بیمار یا مراقبت کنندگان[[38]](#footnote-38) از بیمار هنگام آماده کردن بیمار برای ترخیص انجام شده است، نظیر مراقبت از ونتیلاتور و تنظیمات آن، مراقبت از راه هوایی مصنوعی، نحوه برقراری ارتباط، تغذیه و ورزش، علائم و نشانه های عفونت، کارکرد وسایل، هرگونه ارجاع بیمار به فروشندگان تجهیزات، مؤسسات مراقبت در منزل و دیگر منابع اجتماعی.

**🞷 NGTUBE گذاشتن**

**گاواژ[[39]](#footnote-39):** دلايل لوله گذاري معده، نوع گاواژ، متناوب و مداوم، حجم و نوع محلول گاواژ ، حجم مايع موجود در معده قبل از گاواژ، رنگ ترشحات برگشتي از معده، واکنش مددجو ثبت شود.

**لاواژ:** دلايل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ موارد برگشت، واکنش مددجوثبت شود.

**🞷 گذاشتن سوند ادراري**

هدف از سنداژ مثانه، نوع سند جهت سنداژ، سايز سند، ثبت مانورها قبل از سنداژ، حجم مايع مورد استفاده جهت فيکس کردن بالون، حجم و رنگ و مواد خارجي موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه، در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتي و واکنش مددجوثبت شود.

**🞷 درد[[40]](#footnote-40)**

کيفيت درد: تيز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده .

شدت درد: شديد: 10-8 متوسط 7-4 خفیف 3-1

10-9 8-7 6-5-4 3-2-1 0

درد بسيار شديد شديد متوسط خفيف فقدان درد

🗸 دوره درد: درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر .

🗸 عوامل تشديد کننده[[41]](#footnote-41) درد و عوامل تخفيف دهنده[[42]](#footnote-42) درد .

🗸 واکنشهاي رفتاري مددجو .

🗸 آشکارسازي فيزيولوژيکي مثل تعريق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون.

**🞷 گزارش فیزیوتراپی ریه**

ثبت گزارش فیزیو تراپی ریه ها شامل موارد ذیل است:

- تاریخ و ساعت فیزیو تراپی

- مدت قرار دادن بیمار در وضعیت های مختلف برای تخلیه ترشحات

- استفاده از دق و لرزش در هر سگمان ریه

- مشخصات ترشحات ( بو، رنگ، مقدار، چسبندگی ، خون)

- تحمل بیمار نسبت به فیزیو تراپی ریه

- عوارض ناشی از مداخلات انجام شده

مثال:

تاریخ 2/2/87 ساعت30 : 10 بیمار روی سمت راست به وضعیت ترندلنبرگ[[43]](#footnote-43) قرار داده شد. فیزیو تراپی ریه و تخلیه وضعیتی برای لوب های تحتانی و میانی و فوقانی ریه به مدت 10 دقیقه انجام شد . سرفه موثر داشت که مقدار زیادی ترشحات زرد رنگ تخلیه نمود. بیمار فیزیو تراپی ریه را تحمل نمود . صداهای ریوی واضح بود . پرستار ج – منصوری

**🞷 موارد پاراکلینیک**

مثل آزمایشگاه ، رادیولوژی ، سونوگرافی ، سی تی اسکن و ... که باید پرستار قدرت تشخیص موارد غیر طبیعی را باید ثبت و گزارش نماید و به پزشک نیز باید اطلاع بدهد با ذکر ساعت ، پرستار حق ندارد هیچ برگه ای را داخل پرونده بگذارد مگر این که آن را مطالعه و تفسیر نماید و موارد لازم را پیگیری نماید.

**🞷 گزارش پیس میکر**

در صورتی که پیس میکر موقت گذاشته شد به این موارد در ثبت گزارش اشاره شود:

- تاریخ و ساعت گذاردن وسیله و دلیل استفاده از آن

- تنظیم پیس میکر و واکنش بیمار

- سطح هوشیاری و علایم حیاتی و بازویی که از آن فشار خون گرفته شده

- عوارض و علایم عفونت

- مداخلات از قبیل X ray

- داروهای داده شده در قبل و حین گذاردن وسیله

- چنانچه زیر جلدی به کار برده شود : محل الکترود ها و تاریخ و ساعت گذاردن آن

**🞷 گزارش قبل از عمل**

⦁ ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال ( برانکارد، صندلی چرخدار و غیره(

⦁ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل

⦁ ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید BP- TPR- GCS

⦁ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار ( سوندها، لوله تراشه و غیره (

⦁ ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از عمل

⦁ آمادگی انجام شده (انما، شیو و غیره(

⦁ در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می شود.

کنترل صدای قلب و حرکات جنین و غیره الزامی است.

⦁ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاءگزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

**🞷 گزارش ریکاوری**

⦁ ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری

⦁ ثبت نوع عمل انجام شده

⦁ ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری وتاریخ شروع و پایان عمل

⦁ وضعیت عمومی بیمار ( استفراغ ،خونریزی و... ) با قید ساعت ، نا م وامضاء پرستار

⦁ ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل NGT ، FC ، لوله تراشه، چست تیوب ، وزنه، هموواگ)

⦁ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و نا خواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می­تواند برروی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.

⦁ ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فورا صورت گیرد.

⦁ در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری[[44]](#footnote-44) و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

**🞷 گزارش بعد از عمل**

⦁ ساعت تحویل ویا ورود به بخش

⦁ ثبت نوع عمل انجام شده

⦁ ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری ، درد و غیره

⦁ ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان

⦁ ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه

⦁ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

⦁ چارت OR در بالا ی علائم حیاتی با رنگ قرمز به بلندی حدود 2سانتی متر

⦁ ثبت روزهای بعد از عمل بعد از تاریخ روز عمل در محل های مربوطه

⦁ در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره

⦁ در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد.

**🞷 پانسمان زخم**

ناحيه زخم ، وسعت و اندازه زخم، نزديک بودن لبه هاي زخم، وجود يا عدم وجود ترشح، رنگ و نوع و ميزان ترشح، وجود درن، نوع محلول شستشو، واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگراني، داشتن درن و توجه به خونريزي و عملکرد مناسب درن، چگونگي تحمل بيمار به پانسمان و داروهاي بکار برده شده، داروي بکار برده شده در موضع، آموزشهاي ارائه شده.

مثال: پانسمان محل ماستکتومي[[45]](#footnote-45) برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خوني-سروزي وجود داشت. برش جراحي مشکلی ندارد. بخيه ها سالم است، با نرمال سالين شستشو داده شد و پانسمان استريل4&4 گذاشته شد.آموزش تعويض پانسمان ، علائم و نشانه هاي عفونت به بيمار داده شد و بيمار آن را تکرار کرد.

**🞷 برداشتن بخیه**

🗸 ظاهر خط

🗸 تاریخ و ساعت برداشتن بخیه ها

🗸 وجود یا عدم ترشحات چرکی در محل بخیه

🗸 در صورت عفونی شدن محل سوچورها، ثبت اینکه به پزشک اطلاع داده شده است و اینکه یک نمونه از زخم به آزمایشگاه فرستاده شده است.

22- محل عمل جراحی

**🞷 گزارش تخلیه ترشحات ریوی**

ثبت گزارش تخلیه ترشحات ریه ها شامل موارد ذیل است:

- تاریخ و ساعت شروع تخلیه ی ریوی

- نوع سیستم به کار برده شده، مقدار مواردی که از پرده جنب ساکشن شده.

- وجود یا عدم وجود مواد در ظرف جمع آوری کننده

- مقدار و نوع مواد تخلیه شده

- وضعیت و نوع مواد تخلیه شده

- وضعیت تنفس بیمار

در انتهای هر نوبت کاری این اطلاعات نوشته شود:

- چگونگی وضعیت سیستم تخلیه کننده

- وجود یا عدم وجود هوا و ...

- وضعیت تنفس بیمار

- وضعیت پانسمان

- نوع و مقدار دارویی که داده شده ، در صورت عوارض ، مداخلات انجام شده.

مثال:

تاریخ 5/2/1387 ساعت 01:00 در قسمت فوقانی راست قفسه سینه لوله گذارده شده با 200سی سی آب مقطر در ظرف جمع آوری کننده تا ساعت 03:00 ، 100 سی سی خون روشن داشت . نشت هوا نداشت . محل پانسمان سالم است . کریپتوس لمس نشد . بررسی تنفس انجام شد ، مشکلی نداشت . پرستار الف . محمدنیا

**🞷 شستشوی مخصوص دهان**

تاریخ 20/4/1390 ساعت 00 :6

دهان شویه هر 2 ساعت یک بار با استفاده از محلول گلیسرین و آبلیمو داده شد قسمت بیرونی لثه پایین قرمز و متورم است . ترشحات غیر طبیعی وجود ندارد . پرستار م – مرادی

**🞷 ساکشن کردن**

تاریخ 21/4/1390 ساعت 9:30

ساکشن دهانی حلقی به مدت 3 دقیقه انجام شد . ترشحات غلیظ و سبز رنگ بودند ، تنفس 20 در دقیقه ، هنوز ترشح وجود دارد ، بیمار سیانوز است و واکنشی نسبت به محرک های در دناک نشان نمی دهد . در وضعیت یک طرفه چپ قرار داده شد پرستار م – جعفریان

**🞷 گزارش قبل از شوک**

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق شوک و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)

- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل

- ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید BP-TPR

- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، لوله تراشه و غیره)

- ثبت دستورات دارویی(پریمید) قبل از شوک

- آمادگی انجام شده (استحمام، خالی بودن مثانه و ناشتا و غیره طبق چک لیست)

- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

**🞷 گزارش حین شوک[[46]](#footnote-46)**

- ثبت ساعت ورود به اطاق شوک

سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل

- وضعیت عمومی بیمار با قید ساعت، نام و امضاء پرستار

- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه در صورت وجود

- ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اطاق شوک اتفاق افتاده است و   
می تواند بر روی مراقبت بعد از شوک موثر باشد.

- ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فورا صورت گیرد.

**🞷 گزارش بعد از شوک**

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش

- ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری، و غیره

- ثبت علائم حیاتی

- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

**🞷 CPR**

ريتم قلبي در زمان شروع دارو ، CPR زمان و نوع ايست (فقدان نبض يا تنفس)، زمان شروع احياء قبلي و ريوي درماني و پس از اجراء دارو درماني، ريتم قلبي در زمان شروع دفيبريلاسيون و پس از دفيبريلاسيون، لوله گذاري و تعداد و وات دفيبريلاسيون و واکنش بيمار نسبت به دفيبريلاسيون­، ABG اکسيژن درماني و تجزيه گازهاي خون شرياني، دارودرماني(نوع و دوز و زمان و اسم فردي که دارو را براي بيمار تجويز و تزريق   
مي نمايد)، واکنش مردمکها، افراد عضوتيم احياء، زمان خاتمه ثبت شود.

**🞷 نمونه گيري از بيمار**

ابتدا نام بيمار را پرسيده وسپس از وي خونگيري به عمل مي آيد، بعد از ريختن نمونه خون در لوله آزمايش نام و نام خانوادگي بيمار، شماره پرونده، نام بخش شماره اتاق و تخت بيمار را به طور واضح روي برچسب لوله بنويسد.

**🞷 دريافت خون از بانک خون بيمارستان**

مشخصات روي کيسه خون را با فرم درخواست خون چک کرده و بعد از اطمينان از انطباق با مشخصات بيمار، محتوي کيسه خون را از نظر سردي ، وجود لخته، هموليز[[47]](#footnote-47)، تغيير رنگ و نشت خون از کيسه بررسي کنيد و موارد غير طبيعي را بلافاصله گزارش کنيد.

**🞷 تزريق خون**

مواردي که بايد حين تزريق در کارت شناسايي يادداشت گردد شامل: تاريخ تزريق، ساعت تزريق تعداد واحد خون يا پلاسماي مصرفي، شماره کيسه هاي مصرفي ، علايم حياتي بيمار طي زمان تزريق، امضاء پرستار

**🞷 گزارش ترخیص**

- کنترل این که ترخیص بیمارتوسط پزشک امضاء شده باشد.

- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قیدعلائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه

- آموزش ها ی مربوطه داده شده ( شفاهی ، پمفلت و غیره)

- آموزش های ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت، دارو ، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.

- روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی

- دادن کارت ترخیص

- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص میشوند تکمیل فرم رضایت شخصی وگرفتن اثر انگشت الزامی است.

- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند ، اقدامات دارویی وپرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.

- ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.

- چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد.

- در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری – شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

**🞷 گزارش فوتی**

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی , عینی با قید ساعت و تاریخ(

- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد نا گهانی)

- ثبت ساعت فوت، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادرگردیده یا توسط پزشک قانونی صادر میگردد)

- در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از 20 هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).

- راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت.

- ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

- باید نام ونام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

# گزارش نویسی در کلیه سیستم ها

**1- ثبت در سيستم CNS (مغز و اعصاب):**

- سطح هوشياري بر اساس مقياس گلاسکو GCS

- اندازه مردمک ها و واکنش به نور

- آگاهي به مکان، زمان و اشخاص

- صحبت کردن، درك، فهم

- داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان

- بررسي حافظه

- بررسي حس و حرکت اعضاي بدن ،داشتن پاسخ کلامي مناسب

- بررسي مشکل، تشخيص پرستاري، اقدامات انجام شده ، نتايج بدست آمده، اقداماتي که بايد پيگيري شود و ثبت کليه داده ها با ذکر ساعت، تاريخ، فرد انجام دهنده

**2-ثبت در سيستم RESP (تنفسي):**

- تعداد، نوع تنفس Rrtraction داشتن يا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن يا نداشتن چست تيوب[[48]](#footnote-48)، داشتن بوي خاص ترشحات.

- وابستگي به دستگاه تنفس مصنوعي، (Rate, Tv, MODE, I.E RATOO, PAWP. PEEP, Fio2 …) ميزان دريافت اکسيژن (l/min) بوسيله (ETT) تراکياستومي، ماسک ، CPAP و ...

- جواب گازهاي خوني و اقدامات انجام شده و نتايج

- انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوي آن در صورت امکان

- صداهاي تنفسي، انجام يا عدم انجام فيزيوتراپي، نوع آن، ميزان تحمل، يا پيشرفت بيمار - بررسي و ثبت مسائل غير طبيعي، نتايج آزمايشات، گرافي ها

- داروهاي مصرفي، اقدامات انجام شده، پروسيجرهاي انجام شده، نتايج و ثبت دقيق اطلاعات.

- انجام پروسيجرهاي تشخيصي درماني و نتايج آن (بخصوص CPCR زمان صدا کردن، زمان شروع، زمان اختتام، ، اقدامات، داروهاي مصرفي، نتايج).

- آموزش، مشاوره ها، اقدامات، نتايج.

**3- ثبت در سيستم C.V -3 (قلبي عروقي): C.V -3**

- تعداد ضربان قلب در دقيقه، ريتم و فشارخون (در حالت نشسته، خوابيده)، محل   
گرفتن BP

- صداي قلب و نوار قلب/مشخصات ECG (…, Duration, Intrval) ECG

- مانيتورينگ بيمار، زمان شروع مانيتورينگ، مقادير مانيتور شده، ليد مانيتور شده

- مقدار داروهاي دريافتي، نتايج و عوارض

- تغيير در وضعيت بيمار، ايست قلبي-عروقي و ثبت اقدامات انجام شده و نتايج

- کاربرد دستگاه دفيبريلاتور، ژول مصرفي، دفعات مصرف، نوع Setup واقدامات تيم CPCR

داشتن يا نداشتن chest pain (نوع، انتشار، مداخلات و نتايج)

- کاربرد دستگاه هاي VAD&IABP تميزي محل، تغيير رنگ پوست، گرمي پوست، داشتن نبض، قرمزي و التهاب، ترشحات و خونريزي از محل.

- نمونه هاي خون گرفته شده، جواب آزمايشات و گرافي ها

- پروسيجرها(آمادگي هاي قبل و بعد از آن)

- داروهاي مصرفي، عوارض و احتياطات و اقدامات انجام شده

- ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتايج

- نبض هاي محيطي و کيفيت آن (قوي، ضعيف، عدم وجود نبض)

- کاربرد وسايل، داروها، و اقدامات ضد تشکيل لخته، (مانند کاربرد تورنيکت، جورابهاي ضد آمبولي و داروها)

- فعاليت بيمار، تحمل فعاليت، مشکلات و اقدامات انجام شده.

- کليه مراقبتهاي پرستاري انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتايج.

**4- ثبت در سيستم پوستي**

- رنگ کلي پوست و مخاط، قرمزي، التهاب، سيانوزه بودن يا نبودن، وجود خون مردگي، ورم و خراش

- وضع کلي پوست(خشک، مرطوب، زخمي، ترشحات نوع آن، پوسته پوسته بودن، گرمي- سردي و...)

- ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندامهاي محيطي)

- قوام پوست (خوب، بد)

- داشتن زخم بستر(رنگ، محل، درجه، ظاهر) اندازه (طول، عرض، عمق)، زمان تعويض پانسمان، بو، رنگ، نوع داروي شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب.

- داشتن بخيه، کشيدن آن، نزديک کردن پوست به هم.

- گرفتن نمونه، تعويض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته

- تغيير وضعيت بيمار، کاربرد وسايل جلوگيري کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زير اعضاء، انجام ماساژ، توجه به تغذيه، حمام

- ترشحات زخم حاوي گرفتن نمونه جهت کشت، جواب و اقدامات

- دادن حمام، شستشوي پوست و غيره.

**5-ثبت در سيستم G.U (ادراري تناسلي):**

- وضع ظاهري اندام هاي تناسلي- ادراري، و يافته هاي غير طبيعي

- رنگ، ميزان، دفعات، مقدار، بوي ادرار دفعي،علائم و نشانه ها، (مانند تکرر ادرار، هماچوري، قطره قطره آمدن ادرار، درد حین ادرار ، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراري و غيره)

- خارش، ترشحات بدبو، نتايج پاپ اسمير[[49]](#footnote-49)، خونريزي، درد، مشکلات درارتباط با عملکرد جنسي

- داشتن اختيار و کنترل ادرار، وسايل کمکي، اقدامات انجام شده

- نتايج تست حاملگي، انجام دوش واژينال، معاينه واژن و...

- انجام مراقبت در خصوص کاتترها و...( فولي، سوپراپوبيک[[50]](#footnote-50) Self catheterization و ...)

- چک جذب و دفع بيمار (سي سي در ساعت)، دادن مايعات free جايگزيني مايعات خون و فراورده هاي خو ني و نوع واکنش به آن

- تزريق IV و تعويض محل آن، نوع آنژيوکت و غيره، تعويض پانسمان و علائم و عوارض (نظير نشت مايعات به زير پوست) درآمدن فولي و غيره

- زمان شروع و قطع مايعات و وسايل و ذکر علت.

- کاربرد TPN و توجهات خاص مربوط به آن و بررسي علائم عفونت

**6- ثبت در سيستم GI (سيستم گوارشي)**

- اشتها NPO بودن يا نبودن، مقدار و نوع غذاي مصرفي

- علايم و نشانه ها(مثل بلع دردناك، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ - نوع رژيم غذايي، داشتن يا نداشتن NGTube و ژژنوستومي[[51]](#footnote-51)، کلستومي تيوب و...

- زمان و تاريخ گذاشتن – تعويض يا قطع TPN/ NGTube

- داشتن يا نداشتن مدفوع/کيفيت/ رنگ/ بو/ شکل مدفوع/ نوع اسهال

- داشتن خونريزي از معده و اقدامات انجام شده

- توجه به مخاط دهان، مراقبت هاي انجام شده، ثبت موارد غير طبيعي و گزارش به پزشک و اقدامات

- داشتن يا نداشتن دندان، توانايي خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و...

- ويزيت توسط متخصص تغذيه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتايج

- تزريق خون و فراورده هاي خوني

- اقدامات تشخيصي، درماني، (آمادگيها و توجهات خاص پس از انجام پروسيجرها) و گزارش موارد غير طبيعي به پزشک و...(تنقيه و کولونوسکوپي)

- مراقبت از استوما، تعويض کيسه هاي آن، پانسمان و کيفيت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...

- کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبتهاي خاص

- مراقبتهاي پرستاري انجام شده، نتايج(زمان، فرد انجام دهنده، شرح پروسيجر، آزمايشات، نتايج و اقدامات و...)

- آموزش هاي داده شده

**7-ثبت در سيستم musculoskeletal/activity (عضلاني-اسکلتي)**

- رنگ اندامهاي محيطي، گرمي و سردي، دامنه حرکتي مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض هاي محيطي، پر شدگي مويرگي، حرکات غير طبيعي اندامها

- داشتن حس و حرکت اندامهاي محيطي، فلج و سستي اندامها، محدوديت حرکتي اندامها

- تحرك فعال يا غير فعال يا عدم تحرك و عوارض ناشي از آن

- توانايي انجام کار يا فعاليت هاي روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن، توالت رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابيدن، لباس پوشيدن)

- داشتن يا نداشتن کشش، گچ، (خشک يا تر بودن گچ)

- تعويض پانسمان، شستشوي زخم، نوع محلول مصرفي، داشتن ورم و شدت آن)

- داشتن درد و بي قراري

- حمام و نوع آن

- کاربرد وسايل کمکي(عصا و..) پوشيدن بريس و غيره، عوارض و...

**8-ثبت در سيستم psychosocial (رواني-اجتماعي)**

- داشتن يا نداشتن فرايند فکري نرمال، زمان ورود بيمار، رفتار بيمار، گفته هاي بيمار، توهمات(شنيداري، ديداري، بويايي)

- دليريوم[[52]](#footnote-52)-ثبت رفتار نامناسب بيمار يا حملات وي، حافظه

- اضطراب، وسواس، وسواس اجباري، ترس مرضي، بدبيني، اعتماد به نفس

- افکار خودکشي[[53]](#footnote-53)، اقدام به خودکشي، مداخلات انجام شده، پاسخ بيمار

- داشتن نقشهاي اجتماعي، برقراري ارتباط موثر با ديگران

- اعتياد، ترك اعتياد، علايم بازگيري، عصبانيت و خشم، صدمه زدن به ديگران و خود

- داشتن پاسخ کلامي مناسب

مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاري و پزشکي انجام شده (روان درماني، پسيکوتراپي) ECT و روشهاي مختلف بکار گرفته شده.

**9- ثبت آموزش Teaching**

- نيازهاي آموزشي بيمار، برنامه ريزي براي آموزش، کاربرد وسايل سمعي و بصري مختلف

- فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گيرنده و...(اثر انگشت و امضاء) محتواي آموزش - بکار بردن عبارات و جملاتي که مويد فهم و دريافت آموزش توسط فراگير باشد (نشان دادن، بيان کردن، بکار بردن صحيح وسايل)

- تاکيد بر علايم و نشانه هاي مهمي که نياز به گزارش پزشک دارد.

- آموزش در مورد داروهاي مصرفي، اثر ، عوارض و اقدامات خاص و...

- دادن وسايل و موارد آموزشي به بيمار(حرکتي، غذايي و...)

# گزارش نویسی در شرایط خاص:

# درد قفسه سینه[[54]](#footnote-54)

وقتی بیمار از درد قفسه سینه شکایت می کند، علت آن باید سریعاً مشخص گردد. هنگام مراقبت از بیماری که درد قفسه سینه دارد ثبت موارد زیر مهم است:

🗸 تاریخ و زمان شروع درد

🗸 وقتی درد شروع شد بیمار چه کاری انجام داد

🗸 درد چه مدت طول کشید. آیا قبلاً هم اتفاق افتاده بوده است و آیا شروع آن ناگهانی بود یا تدریجی

🗸 آیا درد به جای دیگری هم ارجاع می کند

🗸 فاکتورهایی که درد را تشدید می کند یا تخفیف می دهد

🗸 محل واقعی درد، از بیمار خواسته شود که به محل درد اشاره کند.

🗸 شدت درد، از بیمار خواسته شود که درد را در مقیاس 0 تا 10 درجه بندی کند، صفر نشان دهنده این است که بیمار هیچ دردی ندارد و 10 نشان دهنده شدید ترین نوع درد   
می باشد.

🗸 نتایجی که از بررسی بیمار به دست آمده اند، از جمله علائم حیاتی

🗸 نام افرادی که در جریان قرار گرفته اند، به همراه ساعت اطلاع به آنها، مانند پزشک، سوپروایزر پرستاری، و بخش پذیرش (اگر بیمار منتقل شده است)

🗸 آموزش ها و مراقبت های حمایتی که به بیمار ارائه شده است.

# بحران پرفشاری خون

بحران افزایش فشار خون یک اورژانس طبی است که در آن فشار خون دیاستولیک بیمار به طور ناگهانی به بالاتر از 120 میلی متر جیوه افزایش می یابد. هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است:

🗸 فشار خون و علائم حیاتی بیمار

🗸 یافته های حاصل از بررسی وضعیت قلبی ریوی، نورولوژیک و سیستم کلیوی مانند سردرد، تهوع، استفراغ، غش، تاری دید، نابینای زودگذر یا ناپایدار، گیجی، خواب آلودگی، نارسایی قلبی، ادم ریوی[[55]](#footnote-55)، درد قفسه سینه، اولیگوری[[56]](#footnote-56)

🗸 تدابیری که جهت اطمینان از باز بودن راه هوایی انجام شده است.

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعت اطلاع

🗸پاسخ بیمار به مداخلات انجام شده مانند مایع درمانی و داروهای تجویز شده

🗸 دخول و خروج مایعات

🗸 حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار داده شده است.

# هایپوتانسیون

هایپوتانسیون عبارت است از فشار خون کمتر از 60/90 میلی متر جیوه یا فشار خون 30 میلی متر کمتر از حد پایه تعریف می شود.

هیپوتانسیون منجر به کاهش پرفیوژن بافت[[57]](#footnote-57) ها و ارگان های بدن می شود. هیپوتانسیون شدید به عنوان اورژانس طبی محسوب می شود و ممکن است منجر به شوک و مرگ شود. هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به هیپوتانسیون، پرستار باید از ثبت موارد زیر اطمینان پیدا کند:

🗸 فشار خون و دیگر علائم حیاتی بیمار

🗸 یافته های حاصل از بررسی مانند برادیکاردی، تاکیکاردی، نبض ضعیف، پوست سرد و مرطوب، اولیگوری، کاهش صداهای روده، سرگیجه، سنکوپ، کاهش سطح هوشیاری و ایسکیمی قلبی

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعت اطلاع

🗸 دستوراتی که داده شده است، مانیتورینگ مداوم فشار خون و قلب بیمار، گرفتن نوار قلب، تجویز اکسیژن، برقراری مسیر وریدی برای دادن مایعات و داروهای تنگ کننده عروق

🗸 مداخلات انجام شده مانند پائین آوردن سرتخت بیمار، گذاشتن کاتتر ادراری، کمک به پزشک در برقراری مسیرهایی که برای مانیتورینگ همودینامیک بیمار به کار می رود و پاسخ های بیمار

🗸 حمایت های روحی و آموزش های داده شده به بیمار

# ادم ریوی

ادم ریوی عبـارت است از تجمـع منتشر مـایعات در فضـای خـارج عروقی در بافت هـا و   
کیسه های هوایی ریه ها به دلیل افزایش فشار در مویرگ های ریوی می باشد. هنگام مراقبت از این بیماران موارد زیر باید ثبت شوند:

🗸 یافته های حاصل از بررسی مانند تنگی نفس، ارتوپنه[[58]](#footnote-58)، استفاده از ماهیچه های فرعی کمکی تنفسی، خلط صورتی رنگ کف آلود، تعریق، سیانوز، تاکی پنه، تاکیکاردی و صداهای غیرطبیعی ریوی مانند رالز، رونکای، ویز و اتساع سیاهرگ ژوگولار [[59]](#footnote-59)

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده و زمان اطلاع و دستورات لازم داده شده مانند تجویز اکسیژن و دارو

🗸 مداخلات انجام شده مانند قرار دادن بیمار در وضعیت خاص، برقراری مسیر وریدی، تجویز اکسیژن و داروها، کمک به پزشک در برقراری مسیر سرخرگی مانند مانیتور کردن وضعیت همودینامیک، دخول و خروج مایعات، درمان وریدی، نتایج تستهای آزمایشگاهی و گازهای خون

🗸 حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار ارائه شده است.

# سکته قلبی حاد

سکته قلبی عبارت از انسداد سرخرگ کرونری است که منجر به محرومیت اکسیژن، ایسکیمی میوکارد[[60]](#footnote-60) و سرانجام نکروز می شود. در صورت تاخیر در درمان سکته قلبی میزان مرگ و میر افزایش می یابد. هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به سکته قلبی حاد، ثبت موارد زیر ضروری است:

🗸 تاریخ و ساعت ورود پرستار

🗸 درد قفسه سینه و دیگر نشانه های سکته قلبی، هر جا امکان پذیر است، باید از کلمات خود بیمار استفاده شود.

🗸 یافته های حاصل از بررسی های بیمار مانند احساس مرگ قریب الوقوع، اضطراب،   
بی قراری، خستگی، تهوع، استفراغ، تنگی نفس، تاکی پنه، سردی اندام ها، نبض های محیطی ضعیف، تعریق، صداهای قلبی غیرطبیعی (صدای سوم و چهارم)، مرمر جدید، صدای فریکشن راب پریکاردیال[[61]](#footnote-61)، تب خفیف، هایپوتانسیون و هایپرتانسیون، برادیکاردی یا تاکیکاردی، وجود رالز هنگام سمع ریه

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است، ساعت اطلاع و دستوراتی که داده شده است. مانند انتقال بیمار به بخش سی سی یو، مانیتورینگ مداوم قلبی، تجویز اکسیژن، گرفتن نوار قلب، مایع درمانی، اندازه گیری آنزیم های قلبی، تجویز نیتروگلیسیرین   
(زیر زبانی یا وریدی) درمان ترمبولیتیک[[62]](#footnote-62)، آسپرین، مرفین، استراحت در تخت، داروهای بتا آدرنرژیک و هپارین

🗸 مداخلات انجام شده و پاسخ بیمار

🗸 حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار ارائه شده است.

# آریتمی ها

آریتمی زمانی اتفاق می افتد که هدایت یا خودکاری الکتریکی غیرطبیعی باعث تغییر در ضربان قلب یا ریتم قلب یا هر دو شود. آریتمی ها از نظر شدت متفاوت می باشند، به طوری که از نوع خفیف، یعنی اختلالات بدون علامت که نیاز به درمان ندارد تا فیبریلاسیون[[63]](#footnote-63) بطنی فاجعه انگیز که نیاز به احیای فوری دارد متغیر هستند. در مواقع بروز آریتمی ثبت موارد زیر لازم است:

🗸 تاریخ و زمان وقوع آریتمی

🗸 حوادثی که قبل از آریتمی و در زمان آریتمی وجود داشته است.

🗸 نشانه های بیمار و یافته های حاصل از بررسی قلبی عروقی که به دست آمده اند مانند رنگ پریدگی، پوست سرد و مرطوب، تنگی نفس، تپش قلب، ضعف، درد قفسه سینه، سرگیجه، سنکوپ (غش)، کاهش برون ده ادراری

🗸 علایم حیاتی و ریتم قلب بیمار (اگر بیمار مانیتور قلبی می شود، یک استریپ از لحاظ آریتمی در پرونده قرار داده شود).

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و زمان اطلاع

🗸 نتایج بررسی نوار قلب

🗸 مداخلاتی که انجام شده است و پاسخ بیمار به مداخلات

🗸 حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار داده شده است.

# هیپوکسمی

هیپوکسمی عبارت است از پائین بودن غلظت اکسیژن در خون سرخرگی تعریف می شود و زمانی که فشار نسبی اکسیژن سرخرگی به کمتر از 60 میلی متر جیوه می رسد رخ   
می دهد. هیپوکسمی منجر به کاهش پرفیوژن بافتی می شود و ممکن است منجر به نارسایی تنفسی گردد.

هنگام مراقبت از بیماری که مبتلا به هیپوکسی[[64]](#footnote-64) می باشد ثبت موارد زیر لازم است:

🗸 علائم حیاتی و یافته های آزمایشگاهی از جمله سطح اکسیژن سرخرگی

🗸 یافته های حاصل از بررسی قلبی ریوی مانند تغییر در سطح هوشیاری، تاکیکاردی، افزایش فشار خون، تاکی پنه، تنگی نفس، لکه لکه شدن پوست، سیانوز در بیماران مبتلا به هیپوکسمی شدید، برادیکاردی و هایپوتانسیون

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است، ساعت اطلاع و دستوراتی که داده شده است.

🗸 مداخلاتی که انجام شده اند، مانند تجویز دارو و مایعات، کمک به پزشک در گذاشتن کاتتر مانیتورینگ فشار مغزی، تجویز اکسیژن کمک به پزشک در گذاشتن لوله تراشه و برقراری تهویه مکانیکی و پاسخ بیمار

# خونریزی داخل جمجمه ای

خونریزی داخل جمجمه ای در اثر پاره شدن عروق رخ می دهد و منجر به خونریزی در داخل بافت مغز می شود. این نوع خونریزی ممکن است منجر به از دست دادن عملکرد مغز به طور وسیع می شود و بهبودی تدریجی و پیش آگاهی بدی داشته باشد.

هنگام مراقبت از این بیماران، باید از ثبت موارد زیر اطمینان حاصل کرد:

🗸 بررسی نورولوژیکی بیمار، مانند کاهش سطح هوشیاری، گیجی، بی قراری، آشفتگی، لتارژی[[65]](#footnote-65)، کما، تغییرات مردمک (از جمله نامساوی بودن اندازه مردمک)، پاسخ آهسته یا عدم پاسخ نور) سردرد، غش، علائم نورولوژیک موضعی، افزایش فشار خون، افزایش فشار نبض (تفاوت فشار سیستول و دیاستول) برادیکاردی، پوزیشن، دکورتیکیت[[66]](#footnote-66) یا دسربریت[[67]](#footnote-67) و استفراغ.

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعت اطلاع

🗸 مداخلاتی انجام شده مانند تجویز دارو و یا مایعات، کمک به پزشک در گذاشتن کاتتر، مانیتورینگ فشار مغزی، تجویز اکسیژن، کمک به پزشک در گذاشتن لوله تراشه و برقراری تهویه مکانیکی و پاسخ بیمار

همچنین رعایت دستورالعمل های زیر لازم است:

🗸 بررسی بیمار به طور مرتب و ثبت نتایج بررسی

🗸 استفاده از فلوشیت های مناسب برای گذاشتن دخول و خروج، مایعات وریدی، داروها و اندازه گیری مکرر وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی

ممکن است از فلوشیت مخصوص مراقبت ویژه برای ثبت مکرر بررسی های انجام شده از بیمار استفاده شود. همچنین از فلوشیت نورولوژیک مانند مقیاس کمای گلاسکو ممکن است برای ثبت مکرر بررسی های نورولوژیکی استفاده شود.

# سکته مغزی

سکته مغزی اختلال ناگهانی در یک یا چند رگ خونی تامین کننده جریان خون مغز است که در اثر ترمبوز آمبولی یا خونریزی مغزی ایجاد می شود. هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است:

🗸 حوادثی که منجر به سکته مغزی شده است و تاریخ و ساعت بروز حوادث

🗸 نشانه های بیماری، اگر بیمار می تواند صحبت کند این نشانه ها باید به زبان خودش نوشته شوند.

🗸 یافته های حاصل از بررسی، از جمله ارزیابی راه هوایی، تنفس، جریان خون، بررسی نورولوژیکی و علائم حیاتی

🗸 نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعات اطلاع

🗸 مداخلاتی که انجام داده شده است و پاسخ بیمار

🗸 نتایج بررسی های مکرری که انجام شده است به همراه قید ساعت.

# مرگ مغزی[[68]](#footnote-68)

طبق تعریف، مرگ مغزی عبارت است از قطع تمام اعمال یا فعالیت های قابل اندازه گیری در هر ناحیه از مغز از جمله پایک مغزی، این تعریف بیمارانی را که در کما هستند یا زندگی نباتی دارند شامل نمی شود.

نکته مهم این است که قوانین کشور خود را در مورد تعریف مرگ بدانید. در هر موسسه ای معیارهای تعیین مرگ مغزی متفاوت است. برای بیمارانی که تحت انجام آزمایشات مرگ مغزی قرار می گیرند باید موارد زیر ثبت شوند:

🗸 تاریخ و ساعت انجام هر آزمایش

🗸 نام آزمایش

🗸 نام شخصی که آزمایش را انجام داده است و مستندات مورد لزوم آنها

🗸 پاسخ بیمار به آزمایش (اگر پاسخی وجود داشته باشد)

🗸 اعمالی که در پاسخ به بیمار انجام شده است مانند اعمالی که هنگام فیبریلاسیون بطنی انجام شده است.

🗸 زمان و نام افرادی که در مورد نتایج مطلع هستند.

🗸 حمایت هایی که به افراد خانواده داده شده است.

# گزارش نویسی در بخش روان

در گزارش نویسی در بخش روانپزشکی علاوه بر موارد بالا باید موارد زیر بررسی و در گزارش قید گردد:

# علایم و نشانه های اختلالات روانی

نشانه (sign) : یافته عینی که متخصص بالینی مشاهده می کند: عواطف محدود، کندی روانی - حرکتی

علامت (symptom) : تجربه ذهنی توصیف شده توسط بیمار: خلق افسرده، کاهش نیرو

نشانگان (syndrome) : گروهی از علایم و نشانه ها

# علایم اختلالات روانی دارای دو ویژگی است:

⦁ شکل علامت ، محتوای علامت

⦁ زمانی نشانه ها به عنوان بیماری اهمیت پیدا می کنند که :

شدت آنها بسیار زیاد باشد ، برای مدت زمان طولانی باقی بمانند ، عملکرد فرد را بر هم زنند.

⦁ خلق Mood : حالت هیجانی نافذ و مستمرکه به طور ذهنی احساس شده و به وسیله شخص گزارش می شود در زیر انواع آن ذکر شده است.

⦁ Eutymic (خلق متعادل )

⦁ ) Elevatedبالا)

⦁ ) Euphoriaنشئه )

⦁ ) Expansiveگسترده یا بسیط)

⦁ ) Ecstasy خلسه)

⦁ ) Dysphoricملال انگیز)

⦁ Depressed(افسرده )

⦁ Alexithymia ( ناتوانی در بیان خلق )

⦁ Swing (خلق نوسان دار)

⦁ Irritable ( تحریک پذیر)

⦁ Agitation ( اضطراب همراه با بی قراری شدید حرکتی)

⦁ عاطفه Affect : حالت ظاهری چهره و پاسخگویی هیجان شخصی که قابل مشاهده   
می باشد،که انواع آن به شرح ذیل است.

⦁ Appropriat متناسب

⦁ Inappropriat نامتناسب

⦁ Restriectedمحدود

⦁ Blunted کند

⦁ Surfaceسطحی

⦁ Labileبی ثبات

⦁ Swimmingشناور

⦁ ظاهر Appearance

وضع ظاهری و وضعیت فیزیکی کلی بیماردر نظر مصاحبه کننده با توجه به حالت و وضعیت اندام، توازن، لباس و آراستگی او در این قسمت توصیف می شود.

⦁ آرایش Grooming

⦁ لباس Dressing

⦁ بهداشت hygiene

**رفتار و فعالیت روانی – حرکتی psychomotor activity**

⦁ به صورت افزايش يا كاهش حركت ويا حركت غير عادي ظاهر شود.

⦁ پژواک رفتار Echoparaxia: تکرار دقیق حرکات فرد دیگر

⦁ کاتاتونیا Catatonia : اختلال حرکتی در اختلالات عضوی و غیرعضوی

⦁ منفی کاری Negativism: مقاومت بدون انگیزه

⦁ کاتاپلکسی Cataplexy: کاهش ناگهانی و موقتی تونیسیته عضلانی

⦁ رفتار کلیشه ایStereotypy: الگوی ثابت و تکراری حرکات و تکلم

⦁ ادا و اطوار Mannerism: رفتارهای غیرلازم با القا معنی و مفهوم خاص به مخاطب

⦁ گنگی Mutism: خاموشی بدون اختلالات ساختمانی

⦁ بیش فعالی overactivity

⦁ خودکاری :Automatismفعالیت نمادین و ناخودآگاه

⦁ خودکاری دستوری Command automatism: اطاعت محض

⦁ کاهش فعالیت Hypokinesis: کندی حرکتی و شناختی

⦁ تکلم Speech

⦁ فشارتکلم :(pressure speech)تکلم سریعی که حجم آن زیاد و قطع آن مشکل میباشد.

⦁ حرافی( Logorrhea ) :تکلم منطقی مربوط و پر حجم

⦁ فقر کلامی(poverty of speech) محدودیت در حجم صحبت ، پاسخ ها ممکن است یک سیلابی باشد.

⦁ دیس پرو سودی(Dysprosdy ) :فقدان آهنگ طبیعی کلام

⦁ دیزارتری (Dysarthria) : اشکال در ادای کلمات و نه در پیدا کردن کلمات یا دستور

⦁ لکنت زبان( (Stuttering :تکرار مکرر یا تطویل یک صوت یا سیلاب

⦁ بریدگی(Cluttering ) : تکلم غیر عادی و ناموزون به صورت ادای سریع و انفجاری کلمات

⦁ نگرش Attitude

⦁ همکاری Cooperative

⦁ طفره رفتنEvasive

⦁ دوستانه Friendly

⦁ دفاعیguarded

⦁ خصمانه Hostile

⦁ دست انداختن Manipulation

⦁ غیر همکارانه Non cooperative

⦁ خوش بینانهOptimistic

⦁ بدبینانهPessimistic

**اختلالات درکی perception disorder**

⦁ توهم Hallucination درک حسی اشتباه از محرک خارجی که وجود ندارد.

⦁ توهم شنوایی (Auditory )

⦁ توهم بینائی (Visual)

⦁ توهم لمسی (Tactile )

⦁ توهم چشایی (Gustatory)

⦁ توهم بویای(Olfactory)

⦁ توهم جسمی (Somatic)

⦁ توهم لی لی پوتی (Lilliputian)

⦁ خطای حسیIllusion درک حسی اشتباهی

**اختلال فکر thought:**

⦁ فرم فکر

⦁ فرایند یا جریان فکر

⦁ محتوای تفکر

⦁ اختلال در فرم فکر:

⦁ تفکر عینی یا Concrete thinking

⦁ تفکر انتزاعی یا Abstract thinking

⦁ فرآیند یا جریان فکر

⦁ تفکر بی ربط Incoherence

⦁ تفکر اوتیستیک Autistic thinking

⦁ تفکر سحر آمیزMagical thinking

⦁ پرش افکار Flight of Ideas

⦁ کندی تفکر Retarded thinking

⦁ حاشیه پردازی circumstantiality

⦁ تفکرمماسی Tangentiality

⦁ تکرار یا در جا زدنPerseveration

⦁ رفتار کلامی کلیشه ای Verbigeration

# محتوای فکر

⦁ هذیان (Delusion) عقیده باطلی است که متناسب با فرهنگ نبوده و با منطق قابل اصلاح نمی باشد.

1- هذیان گزندو آسیب ( (Persecutory

2- هذیان انتساب( Delusion of Reference)

3- هذیان مسموم شدن، هذیان نفوذ (ربایش ،کاشت و پخش افکار) و هذیان حسادت

4- هذیان بزرگ منشیGrandeur

5- هذیانهای افسردگی ( هذیان گناه، هذیان نفی وجود)

6- هذیان فقر، هذیان خود بیمار انگاری ،فکر وسواسی (Obsession)

7- ترس بیمار گونه ( Phobia)

# نظام حسی شناختی

⦁ آگاهی و سطح هوشیاری

⦁ جهت یابی

⦁ حافظه

⦁ توجه و تمرکز

⦁ توانایی خواندن و نوشتن

⦁ توانایی دیداری فضایی

⦁ سطح معلومات و هوش

⦁ نظام حسی شناختی

⦁ هوشیاری و حالت آگاهی

# الف – اختلال هوشیاری:

1- عدم آگاهی به زمان و مکان

2- Disoriantation ابر گرفتگی شعور

3- Clouding of consciousness بهت

4- دلیریوم Stupor Delirium

5- اغتشاش شعور confusion

# ب- اختلال توجه:

1- حواس پرتی Distractibility

2- بی توجهی انتخابی Selective in attention

3- گوش به زنگ بودن Hypervigiliance

# ج- تغییرات تلقین پذیری :

1- خواب تلقینی Hypnosis

2- اختلال روانی القایی بین دو یا سه نفر Folie a trois/ folie a deux

# ادامه نظام حسی شناختی

**سطوح حافظه :** فوری - نزدیک - گذشته نزدیک - گذشته دور - اختلال حافظه

**فراموشی Amnesia:** پارامنزی Paramnesia- هیپرمنزی – و.....

**قضاوت judgment :** قضاوت خودکار Automatic judgment- قضاوت انتقادی

Critical judgment- قضاوت مختل Impaired judgment

**بینش Insight:** بینش تخریب شده Impaired insight - بینش عقلاییIntellectual insight - بینش واقعی True insight

# توجهات پرستاری

1. پرونده اي که به صورت صحيح و کامل تکميل شده باشد بهترين مدافع شما مي باشد.

2. اگر مطلبي از قلم بيافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعيات ما آسيب مي رساند.

3. جهل به قانون رفع مسئوليت نمي کند

4. چنانچه جزئيات اقداماتي که براي بيمار انجام مي گيرد در پرونده ثبت نماييد اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.

5. تناقضات موجود در پرونده که ناشي از خطاهاي سهوي نوشتاري مي باشد را بر طرف کنيم.

6. ثبت هر نکته اي در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درماني حمايت نمايد ولي وجود هر اشکالي در پرونده باليني مي تواند بر عليه کادر درماني بکار رود.

7. ثبت هر نکته اي ايجاد مسئوليت مي نمايد.

8. توجه نماييد مرخصي موقت و غيبت بيمار چه موجه، چه غير موجه بايد حتما در پرونده ثبت گردد.

9. از دسترسي اقوام و بستگان و افراد غير مسئول به پرونده باليني بيمار مجدداً ممانعت بعمل آوريد.

10 . در تمامي برگه هاي پرونده باليني بيمار مشخصات را با دقت تکميل نماييد.

11 . انتهاي گزارشات را با خط ممتد تا انتهاي سطر ببنديد تا جلوي هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگيريد.

**دستورالعمل انژیوگرافی و انژیوپلاستی**

**\*کنتراندیکاسیون ها:**

1-عدم رضایت بیمار

2-بیمار با ادم ریوی

3-اختلال عملکرد کلیوی متوسط تا شدید

4-فشارخون کنترل نشده

5-عفونت حاد

6-کواگولوپاتی

7-خونریزی گوارشی حاد

8-بیمار با ACS که امکان مداخله اینترونشنال نباشد

**شیوه انجام کار:**

1.با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل پروسیجر را به وی توضیح دهید و به سوالات وی پاسخ دهید.

2.از بیمار یا بستگان درجه اول وی (یا قیم) رضایت انجام آنژیوگرافی یا آنژیوپلاستی دریافت کنید.(توسط پزشک انجام شود)

3.تاریخچه ی بیماریها و حساسیت های دارویی یا غذایی(به منظورمشخص شدن استفاده از داروهای ضد حساسیت در افراد با سابقه واکنش انافیلاکتوئید به ماده حاجب) در بیمار را بررسی کنید.

4. بیمار را ناشتا نگه دارید( **از 2 ساعت قبل مایعات و از 6 ساعت قبل غذای جامد** استفاده ننماید)

5. وارفارین را از سه روز قبل و متفورمین را از صبح روز کت تا 48 بعد کت قطع کنید

6.یک رگ محیطی و اصلی از دست چپ انتخاب و از طریق آن line IV را برقرار کنید.

7.کشاله ران و ناحیه ساعد دست راست را شیو کنید

8..سرم n/s به صورت kvo وصل کنید. (نرمال سالین از 3تا 12 ساعت قبل از کت تا 6-24 ساعت بعد کت وصل شود در صورت امکان انفوزیون یک لیتر مایع حین پروسیجر نیز انجام شود)

9.اجزای مصنوعی و یا وسایل فلزی بیمار را خارج کنید.

10.در صورت دستور آرامبخش آن را تزریق کنید.

11.**علائم حیاتی** بیمار را کنترل کنید و به عنوان علائم حیاتی پایه در نظر بگیرید.

12.**یک ECG** پایه از بیمار بگیرید.

13.نبض تمام انتهاهای بیماررا به عنوان اطلاعات پایه کنترل کنید.

14.پس از اعلام کت لب بیماررا همراه پرونده ،عکس ،ECG ، و جواب آزمایشات به ویژه (HB>10) CBC) . 100,000 < PLT  
، K>3/5 Electrolyte . INR<1.8 for femoral and <2.2 for radial PT . Cr and GFR>60  
BHCG for fertile women) (به بخش کت لب منتقل کنید.

15.کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید.

16.به بیمار بگوئید که در حین انجام پروسیجر و تزریق ماده حاجب **احساس فشار و** **گرگرفتگی طبیعی** است که با کشیدن چند نفس عمیق این حالت بر طرف خواهد شد.

17.**پس از انتقال** بیمار به ریکاوری بلافاصله بیمار **تحت مانیتورینگ** قرار بگیرد و  **CBR**شود و **هیدراتاسیون** ادامه یابد

18. در ریکاوری با بیمار ارتباط برقرار کنید و راجع به درد قفسه سینه از وی بپرسید.

19.**نبض انتهایی عضو مورد نظر را بررسی کنید** و عضو را از نظر حس و حرکت و نارسایی شریان ها یا عدم کفایت خونرسانی (تغییر رنگ و درجه حرارت و بی حسی ) بررسی کنید.

20. پس از خروج دسیله یا شیت توسط پزشک ،روی محل سوراخ شدگی شریان به وسیله کیسه شن فشار وارد کنید.

21.قبل و بعد از خروج شیت ناحیه cathبه لحاظ هماتوم مرتبا بررسی شود

22.در صورتیکه مجاز به خروج شیت نباشید محل ورود کاتتر را مرتبا بررسی کنید.

23..بیمار CBR بماند.

24.علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.

25.نبض انتهایی محل سوراخ شدگی شریان را بررسی کنید.

26.کلیه مشاهدات و یافته ها در گزارش پرستاری ثبت گردد.

**دستورالعمل شیمی درمانی و پرتو درمانی**

**مراقبت های قبل از شیمی درمانی و پرتو درمانی :**

1-با بخش شیمی درمانی جهت گرفتن نوبت هماهنگی لازم انجام شود

1-قبل از پرتو درمانی و شیمی درمانی برای بیمار بستری مراحل پروسیجر راتوضیح دهید .

2- علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید و در برگه علائم حیاتی ثبت نمایید .

3- از بیمار شرح حال از نظر سلامت جسمی مثل سرماخوردگی – تب – دندان درد . را.بگیریدو در صورت وجود علائم در گزارش پرستاری و کاردکس ثبت نمایید.

4- در شیمی درمانی آخرین نتایج آزمایشات بیمار را جهت اطلاع به پزشک انکولوژی مشخص نمایید (CBC – BuN – Cr حداکثر در 24 ساعت گذشته انجام شده باشد و WBC بیمار نرمال باشد) .

5-قبل از شیمی درمانی بر اساس تجویز پزشک بیمار را کاملأ هیدراته نمایید

6- برای بیمارانی که **پورت کت** دارند شستشوی پوست انجام دهید و از صحت عملکرد پورت با انفوزیون سرم نرمال سالین 500مطمئن شوید.

7- بیمار آریتمی قلبی نداشته باشد .

8- در پرتو درمانی بیمار باید کاملأ هوشیار باشد . بیمار توانایی ایستادن و راه رفتن داشته باشد و نیاز به همراهی نداشته باشد .

9- پس از هماهنگی سوپروایزر وقت با ستاد هدایت ، بیمار با پرستار مربوطه به بخش شیمی درمانی/پرتودرمانی انتقال داده شود.

**مراقبت های بعد از شیمی درمانی و پرتو درمانی :**

پرستار مسئول بیمار :

1-پس از هماهنگی سوپروایزر وقت با سوپروایزر مرکز بیمارستان واسعی ، بیمار از پرستار آن مرکز تحویل گرفته و همراه با پرستار بیمار و آمبولانس ، به بخش اولیه منتقل نمایید.

2-دستورات پزشک را در مورد **تجویز داروهای ضد تهوع ، مایعات ،دیورتیک ها** **،مکمل های الکترولیتی** ، اجرا نمایید

3- علائم حیاتی و جذب و دفع بیمار کنترل نموده و هر گونه مشکل را به پزشک گزارش دهید.

4- در صورت وجود تهوع و استفراع در بیمار طبق دستور پزشک از داروهای ضد تهوع استفاده کرده و بیمار را به مصرف وعده های غذایی کوچک در دفعات بیشتر و اجتناب از مصرف غذاهای پرچرب و پر ادویه تشویق نمایید.

تشویق نماید.B5 - بیمار را به استفاده از رژیم غذایی سرشار از پروتئین ، آهن ، اسید فولیک ، ویتامین ها و12

6-بیمار را درمورد مراقبت و شستشوی مخاط دهان قبل و بعد از هر وعده غذایی و هر 4-2 ساعت حین بیداری با استفاده از مسواک نرم آموزش دهید.

. 7- بیمار را در مورد وقوع ریزش مو 10 تا 21 روز بعد از شیمی درمانی آموزش داده و بر موقتی بودن عارضه تأکید نمایید.

8- موازین دقیق بهداشت دست را در مراقبت از بیمار رعایت نموده و به بیمار و خانواده وی نیز آموزش دهید.

9- بیمار از نظر علائم و نشانه های عفونت در کلیه سیستم های بدن بلاخص پوست و غشای مخاطی ، مجرای گوارشی و تنفسی ، مجرای اداری و تناسلی بررسی کنید و در صورت مشاهده به پزشک معالج گزارش دهید.

10- **موازین پیشگیری از عفونت را دقیقأ رعایت کرده** و بیمار و خانواده را نیز آموزش دهید.

11- تمامیت پوست را حفظ نموده و از تزریق عضلانی خودداری کنید .

12- برای **خونگیری از بیمار محل را کاملا ضد عفونی** کنید.

13- بیمار را به دریافت مایعات درحد مناسب تشویق نمایید .

14- بیمار را به **داشتن فعالیت و استراحت کافی** و متعادل تشویق کنید.

15- در صورت وجود ترومبوسیتوپنی بیمار را مرتبا از نظر علائم خون ریزی کنترل نموده و از انجام اقدامات مستعدکننده به خونریزی جلوگیری نمایید .

16- به دلیل خاصیت جهش زایی دارو های شیمی درمانی به سایر همکاران و همراهان بیمار روش صحیح جمع آوری ملحفه ها و لباس های آلوده بیمار و مواد دفعی وی را آموزش داده و بر آن نظارت نمایید.

17- بر تمیز نگه داشتن اتاق بیمار و عدم نگهداری گل و گیاه در اتاق نظارت کرده و بیمار و همراهیان را آموزش دهید .

18- بر حفظ بهداشت عمومی بیمار انجام تنفس عمیق و و سرفه وپوزیشن متناوب در بیماران بیحرکت نظارت کرده و به بیمار و خانواده آموزش های لازم را ارائه دهید.

**دستورالعمل اطمینان از امادگی قبل و مراقبت ، پایش مستمر بیمار پس از عمل جراحی**

شیوه انجام کار:

در این بیمارستان عمل های چشم(کاتاراکت –پیوند قرینه-DCR...)گوش و حلق و بینی( تونسیلیت-سپتوپلاستی-رینوپلاستی-تمپانوپلاستی...)وجراحی قلب باز انجام می شود که پایش و مراقبت مستمر بیماران از قبل از عمل تا زمان ترخیص به شرح زیر می باشد:

**آمادگی های قبل از عمل :**

1-**دستور پزشک** را مبتنی بر **نوع عمل – آزمایشات درخواستی- رزرو خون- مشاوره** **هاي درخواستی**، چک نمائید. در بیماران قلب باز ،سونوگرافی داپلر گردن و اسپیرومتری نیز طبق دستور پزشک انجام شود.( آزمایشات،گرافی و.... به صورت شخصی تهیه و به بخش تحویل داده میشود)

2-براي بیماران بالاي 40سال ECG وبراي بیماران بالای 60 سال cxray انجام پذیرد.

3-درصورت **دستور رزرو خون ، نمونه خون** ،توسط پرستار مسئول بیمار گرفته شود و به همراه برگه درخواست توسط PTS / خدمات به واحد بانک خون و آزمایشگاه ارسال نمائید.

4-در صورت داشتن مشاوره بیهوشی و یا داخلی و... دستورات پزشک را چک نمائیدو دستورات پزشک مشاوره را پس از اطلاع رسانی به پزشک معالج انجام دهید.**در بیماران قلب باز مشاوره پزشک قانونی نیز انجام شود.**

5-کلیه اقدامات انجام شده را در برگه گزارش پرستاري ثبت نمائید.

6-کلیه **دستورات قبل از عمل** توصیه شده ،توسط پزشک معالج را **به بیمار آموزش** **دهید**(زمان شروع ناشتائی- نحوه استفاده از داروها قبل از عمل.. )

7--هویت بیمار را با دستبند شناسایی مطابقت دهید.

8 -رضایت کتبی بیمار را چک و ضمیمه پرونده نمائید.

9-بیمار الکتیو طبق دستور پزشک معالج تا تاریخ معین به مرخصی موقت فرستاده شود.

10-پس از بازگشت بیمار از مرخصی موقت پریمد قبل از عمل با توجه به دستورات پزشک معالج اجرا نمائید.

11-یک رگ محیطی و اصلی از بیمار انتخاب و از طریق آن LINE IV برقرار کنید

12-علائم حیاتی بیمار را ثبت و کنترل نمائید.

13-بیمار را از نظر شیو ناحیه عمل ،تخلیه مثانه و NPOبودن بیمار (حداقل 6 تا 8 ساعت )بررسی نمایید.

14-درصورت نیاز به تجهیزات پزشکی جهت عمل بیمار از آماده بودن آنها اطمینان حاصل کنید.

15-در صورت نیاز به رزو خون با بانک خون جهت اطمینان از آماده بودن تماس گرفته شود..

16--درصورت نیاز انتقال به بخش ویژه بعداز عمل، هماهنگی لازم را با مسئول بخش مقصد انجام دهید.

17 -جهت حفظ آرامش بیمار قبل از انجام هرپروسیجري براي بیمار آموزشهای لازم داده شود و زمان عمل را به بیمار و همراه بیمار اطلاع رسانی نمائید.

18-درصورت دستور پزشک پروفیلاکسی را قبل از انتقال به اتاق عمل اجرا نمائید.

19-کلیه زیورآلات و دندان مصنوعی و پروتزها قابل جداشدن را جدا کنید ودر بانوان در صورت داشتن لاک تذکر مبنی بر پاک کردن آن داده شود.

20 -برگه مراقبت هاي قبل از عمل جراحی را پر کنید.

21-برگه گزارش پرستاري را تکمیل کنید

22-لباس مخصوص عمل را برای بیمار بپوشانید

23پرستار بخش با کمک خدمات بخش با رعایت اصول ایمنی بیمار و را با حفظ حریم خصوصی به اتاق عمل منتقل نماید.

\*کلیه کلیشه ها و گرافی هاي موجود در پرونده بیمار را به تکنسین تحویل گیرنده در اتاق عمل تحویل دهید.

**مراقبت و پایش مستمر بعد از عمل جراحی در ریکاوری**

1-بیمار را پس از عمل از نظر سطح هوشیاري کنترل کنید.

2 -بیمار را از نظر **تنفس** ارزیابی نمائید و **هرگونه دیسترس تنفسی** را به پزشک بیهوشی اطلاع دهید.

3-**اتصالات بیمار** (سرم- درن- سوند فولی–NGT (را **در محل مناسب** قرار دهید و از **صحت عملکرد** آن اطمینان حاصل کنید.

4-پانسمان هاي بیمار را کنترل کنید و در صورت موارد غیرطبیعی به پزشک بیهوشی و معالج گزارش کنید.

5-**علایم حیاتی** بیمار طبق دستور پزشک کنترل کنید و موارد غیرطبیعی را به پزشک بیهوشی اطلاع دهید.

6-بیمار را **تحت مانیتورینگ** قلبی قرار دهید و موارد غیرطبیعی را به پزشک بیهوشی اطلاع دهید.

7- سطح اکسیژن خون بیمار را با اتصال بیمار به دستگاه پالس اکسی متر کنترل و موارد غیرطبیعی را گزارش دهید.

8-بیمار را از نظر **درد پایش** نمائید و طبق دستور پزشک معالج و پزشک بیهوشی عمل نمائید.

9-بیمار تا به هوش آمدن کامل و طبیعی شدن رفلکس ها در بخش ریکاوري باید تحت نظر باشد.

10-درصورت وجود هرگونه موارد غیرطبیعی که در بالا ذکر شده است **بیمار را تا** **Stable شدن وضعیت عمومی در ریکاوري نگهداري و مراقبت نمائید.**

11-در صورت گرفتن نمونه ،نمونه پاتولوژي ارسالی را با مچ بند بیمار چک نمائید و در محل مخصوص جهت تحویل به بخش آماده نمائید.

12-کلیه اقدامات را در گزارش پرستاري (طبق دستورالعمل گزارش نویسی) ثبت نمائید.

13- **پس از stable شدن بیمار با بخش مقصد** هماهنگی کنید.

14-بیمار را پس از جداکردن از دستگاه مانیتورینگ و پالس اکسی متر و کنترل علایم حیاتی از برانکارد اتاق عمل با کمک خدمات ریکاوري – خدمات بخش با حضور پرستار بخش به برانکارد بخش منتقل کنید.

15-کلیه پرونده- گرافی – نمونه پاتولوژي (درصورت درخواست جراح) و.. به پرستار بخش تحویل دهید.

16- پرستار بخش باکمک خدمات با رعایت اصول ایمنی بیمار را تحت مانیتورینگ (فشار سنج وپالس اکسیمتری ) اکسیژن و وسایل کمک تنفسی و باحفظ حریم خصوصی به بخش منتقل می نماید.

**مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از عمل جراحی**

1 -دستورات پزشک را در زمینه مراقبت ها و اقدامات پس از عمل چک نمائید.

2-بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهید و تعویض لباس اتاق عمل را انجام دهید.

3-پانسمان هاي بیمار را از نظر خونریزي کنترل کنیدو هر2ساعت تا 6 ساعت یکبار انجام دهید.

4-کلیه اتصالات بیمار را درمحل مناسب قرار دهید و از صحت عملکرد آن اطمینان حاصل کنید و برچسب گذاري نمائید.

5-کنترل علایم حیاتی را طبق دستور پزشک انجام دهید **( استاندارد در ساعت اول هر15 دقیقه یکبار و سپس هر30دقیقه یکبار به مدت 2ساعت و سپس هر1تا4 ساعت) و موارد غیرطبیعی را به جراح یا پزشک بیهوشی مقیم بیمارستان گزارش کنید.**

6-بیمار را از نظر درد پایش کنید و تسکین درد را طبق دستور پزشک انجام دهید.

7-نرده هاي کنارتخت را توسط خدمات بالا بکشید (هر2ساعت یکبار(

8-دستورات داروئی state را اجرا نمائید.

9-به بیمار هوشیار و همراه وی آموزشهاي لازم در زمینه NPO بودن و عدم دستکاري اتصالات، نحوه استفاده از زنگ احضار پرستار را مجددا) آموزش دهید.

10-کلیه اقدامات و مراقبت ها و پاسخ هاي بیمار و وضعیت عمومی بیمار را در گزارش پرستاري ثبت نمائید.

11-**در بیماران قلب باز جهت نحوه صحیح فیکس استرنوم ساپورت و اسپیرومتری انگیزشی ،پوزیشن مناسب آموزش داده می شود.**

**دستورالعمل اطمینان از امادگی قبل ، مراقبت و پایش مستمر حین و بعد از دیالیز**

\*انجام دیالیز بر اساس دستور پزشک متخصص داخلی/نفرولوژی مبنی بر لزوم انجام دیالیز و پس از تایید پزشک معالج صورت میگیرد.

**قبل از دیالیز:**

1)**پزشک دستورات** لازم شامل **مدت زمان دیالیز، تزریق دارو و فرآورده های خونی** **حین دیالیز** ، **انجام آزمایشات پس از دیالیز** و سایر دستورات را در پرونده بیمار ثبت کرده و پس از ارائه توضیحات و آموزش های لازم به بیمار یا قیم قانونی وی رضایت آگاهانه از ایشان اخذ نماید.

2) پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک را کنترل و وارد کاردکس نموده و جهت هماهنگی دیالیز به سوپروایزر کشیک اطلاع دهد(بررسی از نظر HBS+انجام شود)

**پرستار دیالیز:**

1) حین تحویل گرفتن بیمار وی را به **صورت صحیح شناسایی کرده** ، مشخصات پرونده ، **دستورات پزشک** در زمینه نوع دیالیز(صافی و مدت زمان)و تزریق دارو و فرآورده های خونی را کنترل کرده و در صورت نیاز به ترانسفوزیون همراه با پرستار بخش به عنوان شاهد مشخصات کیسه را با بیمار و پرونده و فرم مربوطه کنترل کند.

2)پرستار دیالیز خود را به بیمار و همراه وی معرفی نموده اصول و احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری های منتقله از راه خون بین بیماران وکارکنان را رعایت کرده صافی مناسب را جهت بیمار انتخاب نموده عملیات پرایم و تنظیمات دستگاه را انجام داده ، بیمار را وزن و در پرونده ثبت نموده علائم حیاتی را نیز کنترل و ثبت کرده و بیمار را **از طریق فیستول یا کاتتر وی به دستگاه دیالیز وصل نماید.**

3) **سپس** جهت اتصال بیمار به دستگاه **در بیماران فیستولی ناحیه فیستول** را با پنبه بتادین ا**سکراب** نموده وفیستول بیمار را از نظر **کارکرد** صحیح کنترل نماید همچنین **در بیماران دارای کاتتر** پانسمان آن را باز کرده **وناحیه کاتتر را با سرم نرمال سالین شستشو داد**ه و محل ورود کاتتر را از نظر وجود علائم عفونت (قرمزی/ ترشح وباز شدن بخیه و ..)کنترل نماید.

4)**استفاده بتادین در محل ورود کاتتر ها بالاخص کاتتر های پرمیکت (دائمی)باعث آسیب به بافت ناحیه وکاهش طول عمر کاتتر می گردد.**

**حین دیالیز**

پرستار دیالیز:

1) شرایط بیمار /دستگاه دیالیز ، علائم حیاتی و سوزن فیستول یا کاتتر شالدون را از نظر قرارگیری در عروق هر نیم ساعت کنترل نموده و در پرونده و فرم مشخصات همودیالیز ثبت کند. در مورد بیمار با BP>180/100یا SBP<100 فشار خون را هر 15 دقیقه کنترل کرده و در صورت لزوم به پزشک درخواست دهنده دیالیز اطلاع دهد.

2) در صورت شنیدن صدای آلارم دستگاه بر بالین بیمار حاضر شده و نسبت به رفع علت آلارم اقدام کند.

3) دارو ها و فرآورده های خونی را طبق دستورالعمل هر یک تجویز نماید(مانند تزریق اپرکس و انفوزیون ونوفر در 100 سی سی نرمال سالین در پایان پروسیجر)

4) در **صورت بروز عوارض شایع حین دیالیز (تهوع،کرامپ عضلاتی،هیپوتاسیون ) به پزشک اطلاع داده** و دستورات پزشک را اجرا نماید.

5) در **شروع دیالیز در صورت حساسیت بیمار به صافی و.....(علائم قرمزی،تنگی نفس و سرفه )شرایط بیمار را کنترل و در صورت لزوم دیالیز را قطع** کند.سپس برای بیمار رگ باز گرفته و N/S تزریق کرده و همزمان به پزشک معالج اطلاع دهد.

6)10 دقیقه قبل از پایان دیالیز، وسایل لازم جهت جداکردن بیمار از دستگاه (گالی پات با پنبه بتادین ، دستکش و...)را آماده نموده و پس از پایان زمان دیالیز و پس از پوشیدن گان، دستکش و عینک، بیمار را از دستگاه جداکرده و راه های عروقی را از نظر خونریزی کنترل و محل خروج نیدل از فیستول و محل ورود کاتتر شالدون به پوست را پانسمان کند(کاتتر های پرمیکت نیاز به پانسمان ناحیه ندارند).

7) سپس کاتتر شالدون را به وسیله ست پاسمان مخصوص شامل دو گالی پات شستشو داده و هپارینه کند(گالی پات اول فقط سرم N/Sوگالیپات دوم سرم N/S3 سی سی به علاوه هپارین 5000 واحد)، بدین صورت که لاین شریان و ورید هر یک را با 10 سی سی سرم N/Sبا فشارشستشو تا خون شسته شده و لومن پلاستیکی روشن گردد و سپس از گالی پات دوم حاوی 3 سی سی سرم نرمال سالین با 5000 واحد آمپول هپارین ، 5/1 سی سی در لاین شریانی و 5/1 سی سی در لاین شریانی و 5/1 سی سی در لاین وریدی براساس حجم مندرجروی لاین ها جهت جلوگیری از لخته شدن خون در لاین ها و گرفتگی آن ها تزریق کند و سپس محل ورود کاتتر را پانسمان نماید .

8) در مورد کاتتر های پر میکت نیز کاتتر را به وسیله ست پانسمان مخصوص شامل دو گالی پات شستشو داده و هپارینه کند (گالی پات اول فقط سرم N/Sو گالیپات دوم سرم N/S به میزان مجموع حجم نوشته شده بر روی دو لومن کاتتر به علاوه هپارین 10000 واحد)، بدین صورت که لاین شریان و ورید هر یک را با 10 سی سی سرم N/Sبا فشار شستشو دهدتا خون شسته شده و لومن پلاستیکی روشن گردد و سپس از گالی پات دوم حاوی سرم نرمال سالین به میزان مجموع حجم نوشته شده بر روی دو لومن با 10000 واحد آمپول هپارین، مقدار لازم با توجه به حجم ثبت شده بر روی هر لومن را در هر یک از لاین های شریان و ورید جهت جلوگیری ا ز لخته شدن خون در لاین ها و گرفتگی آن ها تزریق کند ( نیاز به پانسمان ناحیه ورود کاتتر نیز نمی باشد ).

9) **به بیمار و همراه وی در مورد مراقبت از فیستول ،کاتتر،محدودیت مصرف مایعات، تغذیه و .... آموزش دهد.**

**بعد از دیالیز**

پرستار دیالیز:

1)علائم حیاتی بیمار را کنترل کرده و در صورت هر گونه اختلال با مشورت پزشک اقدامات لازم را انجام داده و ثبت نماید.

2) بنا بر شرایط بیمار بعد از اتمام دیالیز بیمار را اول به مدت 15 دقیقه روی تخت بنشاند و راه های عروقی را از نظر خونریزی کنترل کند.

سپس به مدت 5 دقیقه پاهای بیمار را از تخت آویزان کرده و سپس جهت پایین آمدن به وی کمک کند.

3) بیمار را وزن نموده و در پرونده ثبت کند و در صورتی که بیمار به وزن خشک خود نرسیده، آموزش های لازم را در زمینه مصرف مایعات به وی ارائه دهد.

4) محل **خروج نیدل ها را با گاز آغشته به بتادین به مدت لازم فشار داده** و پس از اطمینان از عدم خونریزی و ایجااد انعقاد مناسب ، محل را با پانسمان کوچک فیکس نماید.

5)دستگاه را با دقت و طبق دستور العمل شستشو نماید.

6)پس از اتمام کار و پایدار شدن شرایط بیمار، جهت انتقال وی به بخش مربوطه با مسئول شیفت بخش تماس بگیرد.

7)کلیه اقدامات و مراقبت ها و آموزش های ارائه شده و زمان تحویل مجدد به پرستار بخش را در پرونده ثبت نماید .

پرستار مسئول بیمار:

8)شرایط عمومی،علائم حیاتی و کاتتر یا فیستول بیمار را در واحد دیالیز کنترل نموده و بیمار را با رعایت نکات ایمنی و کلیه تجهیزات لازم با کمک خدمات به بخش منتقل کند.

9) در بخش نیز مجددا علائم حیاتی و محل کاتتر یا فیستول بیمار را کنترل کرده و کلیه اقدامات و مراقبت ها را در گزارش پرستاری پس از دیالیز ثبت نماید.

**بودن بیمار حتما در پایان دیالیز فرایند ضد عفونی با محلول کلرکس یا شستشوی بلیچ انجام پذیردHCV+ در صورت \*\*\***

**\*\*\*در HTLV1 و HIV هنگام دیالیز بیمار احتیاطات تماسی رعایت شود و نیاز به شستشوی خاصی ندارد .**

امکانات و تجهیزات مورد نیاز:

دستگاه ها و تجهیزات دیالیز (RO، صافی دیالیز ، نیدل فیستول ، سرم نرمال سالین، محلول شستشو ی دستگاه دیالیز و...)، هپارین ، فرم دیالیز ، فرم رضایت آگاهانه ، تجهیزات انتقال بیمار ، ترازوی دیجیتال ،و سایل حفاظت فردی ، ست پانسمان ، دارو و فرآورد های خونی جهت تزریق حین یا بعد از دیالیز طبق دستور پزشک،HIS

**دستورالعمل امادگی قبل و پایش مستمر حین و پس از اسکوپی ها**

تعاریف:

آندوسکوپی روشی است که پزشک می تواند به کمک آندوسکوپ اعضا داخلی‌ بدن را با مقاصد تشخیصی و درمانی مورد معاینه قرار دهد. در این روش پزشک میتواند تصویر ویدیوئی آندوسکوپ را به طور مستقیم بر روی مانیتور مشاهده کرده و بدینوسیله اعضای داخلی‌ بدن را مورد معاینه قرار دهد. آندوسکوپ یک لوله باریک و انعطاف پذیر با دوربینی بر یک سر آن است.

کولونوسکوپی روشی است که جهت مشاهده روده بزرگ و راست روده برای تشخیص بافت ملتهب، زخم و رشد غیر طبیعی بافت روده و پولیپ استفاده می‌شود.

معاینه و بررسی داخل نای و نایژه ها را برونکوسکوپی( به انگلیسی : Bronchoscopy ) می گویند. ابزار معاینه و بررسی داخل نای و نایژه ها نیز برونکوسکوپ ( Bronchoscope ) نام دارد . برونکوسکوپ لوله ای باریک است که توسط پزشک از بینی یا دهان وارد میشود .

مهارت مسئول: پزشک متخصص گوش حلق و بینی – متخصص تخصص گوارش-فوق تخصص ریه

دارو و لوازم مورد نیاز در آندوسکوپی و کولونوسکوپی :

**اطفال:**کتامین،پروپوفول،میدازولام،آتروپین،لوله تراشه سایز بیمار،air way،ماسک و کانولای اکسیژن،رابط ساکشن،سرم 1/3 2/3 ، ست سرم، ژل لیدوکائین، دستکش استریل،رضایت نامه ،فرم پاتولوژی در دو برگ ،فرم درخواست **بزرگسالان:** دستکش استریل،ژل لیدوکائین،رضایت نامه ، فرم پاتولوژی در دو برگ ، فرم درخواست

دارو و لوازم مورد نیاز در برونکوسکوپی:

5-عدد آمپول لیدوکائین ،1 عدد آمپول اپی نفرین،1 عدد ویال هیدروکورتیزون ،سرم n/s ،شلنگ ساکشن،رابط ساکشن،کانولای بینی

در صورت نیاز به بیهوشی در انجام پروسیجر ها داروی های بیهوشی نیز باید با بیمار منتقل شود

**شیوه انجام کارجهت آندوسکوپی**

1-روش کار برای بیمار توسط پزشک و پرستار توضیح داده می شود.

2- از بیمار / همراهی بیمار در خصوص بیماری آلرژی و خونریزی ،مصرف داروهای ضدانعقاد شرح حال اخذ می گردد.

3- از بیمار / همراهی بیمار رضایت نامه کتبی اخذ می گردد و ازمایشات مورد نیاز ارسال می شود.

4- از 8 ساعت قبل حتمأ بیمار ناشتا میگردد و هیچ چیز حتی آب و چای میل نمی نماید تا معده خالی بماند .

5- پرستار بیمار به سوپروایزر شبکار مبنی بر انجام آندوسکوپی اطلاع رسانی مینماید.

6-کلیه مدارک بیمار (از قبیل آزمایش و.....) ،درخواست کتبی پزشک مبنی بر انجام خدمت و علت درخواست آندوسکوپی ، به همراه پرستار بیمار به اندوسکوپی انتقال میابد(تکنسین بیهوشی و متخصص بیهوشی در واسعی حضور دارند).

7- وسائل احیا باید اماده باشد.

8- در صورت نیاز به بیهوشی انجام مشاوره بیهوشی انجام و ok بیهوشی داده میشود.

9- در آندوسکوپی ، بیمار به پهلوی چپ قرار داده می شود.

10-در بیماران هوشیار از بی حسی ته حلق استفاده می شود.

11- پزشک جهت کاهش ترشحات، اضطراب و شل شدن عضلات از داروهای مربوطه استفاده می نماید.

12-بعد از انجام پروسیجر تا بازگشت رفلکس گگ بیمار بایستی از خوردن و اشامیدن اجتناب نماید .

13- یک راه تنفسی باز برای بیمار برقرار میباشدو اکسیژن رسانی بیمار به طور مرتب چک می گردد.

14- در صورت داشتن بیماری قلبی قبل از انجام اقدامات توسط پزشک قلب بیمار ویزیت و تایید می گردد.

15-به بیمار اموزش داده می شود که در صورت بروز خلط خونی و تنگی نفس به پزشک اطلاع داده شود.

16-به بیمار اموزش داده می شود ناراحتی جزئی در گلو بعد از قرقره سرم فیزیولوژی و مسکن برطرف می شود.

17-کارت آموزشی به بیمار داده می شود.

**شیوه انجام کارجهت کولونوسکوپی:**

1-روش کار برای بیمار توسط پزشک و پرستار توضیح داده می شود

2- از بیمار / همراهی بیمار در خصوص بیماری آلرژی و خونریزی و مصرف داروهای ضدانعقاد شرح حال اخذ می گردد.

3-از بیمار / همراهی بیمار رضایت نامه کتبی اخذ می گردد و ازمایشات مورد نیاز ارسال میگردد

4- به هیچ عنوان از مواد جامد (نان ، برنج ، گوشت ، حبوبات ، سبزی جات ) و لبنیات ( شیر ، ماست ، دوغ ، خامه ) و غیره استفاده نشود .

5- فقط مایعات ( چای ، آب ، آبمیوه بدون پالپ (تیکه دار ) مصرف شود(همراه چای می تواند بیمار قند استفاده نماید)

6- بیمار باید تحرک زیاد داشته باشید (پیاده روی کنید )

7- بیمار از 2 روز قبل معاینه صبحانه ، نهار ، شام ، سوپ صاف شده یا آب گوشت صاف شده میل نماید .

8- از 48 ساعت قبل از کولونوسکوپی 3 بسته پودر پیدرولاکس را با 3 لیتر آب حل کرده و هر 20 دقیقه یک لیوان از محلول را میل نماید و 24 ساعت دوم هم 3 بسته پودر پیدرولاکس را با 3 لیتر آب حل کرده و تا ساعت 10 شب قبل معاینه میل نمایند .

9- در مدت 48 ساعت آب فراوان نیز میل نمایند .

10 - عدد قرص بیزاکودیل ، هر 8 ساعت صبح ، ظهر و شب قبل از کولونوسکوپی میل نماید

11- هر 24 ساعت 1عدد شیاف بیزاکودیل برای بیماراستعمال گردد .

12- کلیه مدارک بیمار (از قبیل آزمایش و.....) ،درخواست کتبی پزشک مبنی بر انجام خدمت، به همراه پرستار به کولونوسکوپی انتقال می یابد .

13- در صورت نیاز به بیهوشی انجام مشاوره بیهوشی انجام و ok بیهوشی داده میشود

14- وسایل احیا بایستی اماده باشد.

15- بعد از انجام پروسیجر تا بازگشت رفلکس گگ بیمار بایستی از خوردن و اشامیدن اجتناب نماید.

16- یک راه تنفسی باز برای بیمار برقرار باید باشد و اکسیژن رسانی بیمار به طور مرتب چک می گردد.

17- در صورت داشتن بیماری قلبی، قبل از انجام اقدامات توسط پزشک قلب بیمار ویزیت و تایید گردد.

18- کارت آموزشی به بیمار داده می شود.

**شیوه انجام کارجهت در برونکوسکوپی**

1- روش کار برای بیمار توسط پزشک و پرستار توضیح داده می شود

2-از بیمار / همراهی بیمار رضایت نامه کتبی اخذ می گردد و ازمایشات مورد نیاز ارسال میگردد.

3- بیمار از8 ساعت قبل از برونکوسکوپی از خوردن و نوشيدن اجتناب نماید و از 24 ساعت قبل ازآن نیز از خوردن نوشيدني هاي حاوي الكل اجتناب نماید.

4-دندان هاي مصنوعي، لنز هاي تماسي و هرگونه زيور آلات خارج گردد.

5-بیمار باید داروهاي تجويز شده را طبق نظر پزشك خود مصرف نمایدو بعضی از داروها ی مورد استفاده بیمار توسط پزشک قطع گردد.

6-در صورت مصرف بیمار از اسپری برونکودیلاتور حتما باید اسپری همراه بیمار باشد.

7- برای عبور اولیه لوله از اسپری بی حس کننده استفاده میشود .ممکن است احساس خفگی و ناراحتی مشاهده شود ولی هیچ خطری برای بیمار پیش نمیاید .

8- کلیه مدارک بیمار (از قبیل آزمایش و.....) ،درخواست کتبی پزشک مبنی بر انجام خدمت، به همراه پرستار بیمار به برونکوسکوپی انتقال میابد.

9--وسایل احیا بایستی آماده باشد.

10-در صورت نیاز به بیهوشی انجام مشاوره بیهوشی انجام و ok بیهوشی داده میشود

11-چند ساعت پس از انجام برونکوسکوپی، به بیمار اجازه خوردن و آشامیدن داده میشود.

12-بیمار ممکن است تا چند روز پس از برونکوسکوپی، گلودرد داشته باشد که مسئله مهمی نیست.

13-بعد از انجام برونکوسکوپی خلط های بیمار باید درون ظرفی ریخته شود در صورت مشاهده خلط خونی باید پرستار یا پزشک در جریان قرار گیرند

14- بعد از برونکوسکوپی بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار گرفته در صورت سفتی گردن تنگی نفس خونریزی به پرستار خود اطلاع رسانی نماید.

**رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه ی اتاق عمل**

تعاریف:

اقدام تهاجمی: کلیه اقدامات تشخیصی درمانی ابلاغ شده از وزارت بهداشت که می‌بایست قبل از انجام آن‌ها رضایت آگاهانه از بیمار گرفته شود که با نظر پزشکان و مسئولین بخش‌های بیمارستان تعیین و ابلاغ شده است . مانند:

گذاشتن چست‌تیوب

-پونکسیون لومبار

-کاتترگذاری عروق مرکزی

-برونکوسکوپی و هر نوع آندوسکوپی

-نمونه‌گیری‌های تحت گاید سونوگرافی

-تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل

-هرگونه بیوپسی

-کلونوسکوپی

- آنژیو گرافی

-آنژیو پلاسی

-کشیدن دندان

-دبریدمان پوست

-شوک در بیمار هوشیار

-دیالیز خونی و صفاقی

روش اجرا :

1-پزشک معالج پس از اخذ شرح حال از بیمار و معاینات کامل در صورت عدم وجود مشکلی و موارد منع اقدام تهاجمی در بیمار، کلیه مراحل اقدام تشخیصی تهاجمی را برای بیمار (در صورت هوشیار بودن ) و یا قیم قانونی وی توضیح داده و قسمت مربوطه در فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و مهر و امضاء می‌کند .

2-بیماریا قیم قانونی وی در صورت رضایت به انجام پروسیجر ، فرم رضایت آگاهانه را با امضاء و اثر انگشت تایید می‌کنند .

3- پزشک و پرستار وضعیت ساختاری مکان انجام پروسجر تهاجمی را ارزیابی می‌کنند .

4- پزشک و پرستار به منظور حفظ حریم خصوصی بیمار ، پوشش مناسب برای وی را فراهم می‌کنند .

5- پزشک و پرستار مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی و پرونده وی چک کرده و هویت بیمار را به طور کامل شناسایی می کنند .

6- پرستار و سایر کادر درمانی کلیه تجهیزات و امکانات مورد نیاز را بر بالین بیمار آماده می‌نمایند .

7- پرستار در صورت لزوم بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی و پالس‌اکسی‌متری وصل کرده و با خدمه پوزیشن مناسب پروسیجر را به بیمار می‌دهد و پوشش مناسب بیمار با توجه به اقدام تهاجمی را فراهم می‌نماید .

8- پرستار ترالی اورژانس و سایر داروها و تجهیزات حیات بخش ( ساکشن ، وسایل احیا ، DC شوک و ..... ، ) را در صورت لزوم بر بالین بیمار آماده می‌نماید .

9- پزشک موضع و روش انجام اقدام تشخیصی تهاجمی را دقیقا مشخص می‌نماید .

10- پرستار از استریل و سالم بودن کلیه وسایل و تجهیزات در نظر گرفته شده برای پروسیجر مانند انواع کاتترها و سوندها و ...، و گندزدایی کامل تجهیزات اسکوپی ها اطمینان حاصل می‌کند .

11- پزشک و پرستار دستورالعمل اسکراب دست جراحی را با استفاده از محلول‌های الکلی موجود در کلیه بخش‌ها مطابق دستورالعمل کشوری بهداشت دست ( ابلاغی به کلیه بخش ها و نیز پوسترهای موجود در کلیه بخش ها و اتاق های عمل سرپایی و آندوسکوپی ) انجام داده وسپس اقدام به پوشیدن دستکش استریل می‌نمایند.

12- پزشک و سایر کارکنان از لوازم حفاظت فردی مناسب مانند گان ، ماسک و .... استفاده می‌نمایند .

13- پرستار در صورت نیاز با دستورپزشک داروهای سداتیو را با احتیاط و مانیتورینگ بیمار تزریق می‌نماید .

14- پرستار بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت بررسی کرده و احتیاطات لازم مانند بالا کشیدن Bedside ، مهار فیزیکی یا شیمایی(طبق روش اجرایی مربوطه) بیمار طبق دستور پزشک را انجام می‌دهد .

15- پزشک موضع پروسیجر را در پروسجرهایی مثل چسب تیوب گذاری و کاتتر گذاری به نحو صحیح با بتادین یا محلول مناسب پرپ می‌کند .

16- پزشک و پرستار کلیه مراحل انجام تهاجمی بدقت بیمار را مانیتورینگ نموده و در صورت بروز هر گونه اختلال در همودینامیک بیمار اقدامات لازم را انجام می‌دهند .

17- پزشک و پرستار کلیه درن ها ، لوله ها و اتصالات بیمار را پس از پایان به دقت کنترل کرده و در سطح مناسب از بدن قرار می‌دهند .

18- پرستار در صورت انجام نمونه گیری توسط پزشک در پروسیجرهایی مثل نمونه‌گیری از قسمت‌های مختلف ، نمونه مورد نظر را در محلول مناسب از قبل تهیه شده یا در ظرف مناسب نمونه گیری قرار داده و پس از تکمیل فرم و زدن برچسب مشخصات بیمار به واحد آزمایشگاه بیمارستان ارسال می‌نماید .

19- پزشک یا پرستار موضع پروسیجر را پانسمان استریل می‌کنند و پرستار تاریخ روز را بر روی آن درج می‌نمایند .

20- پزشک توصیه‌های لازم در مورد پوزیشن بیمار و سایر احتیاطات و دستورات لازم را به طور واضح در پرونده بیمار ثبت نموده و به بیمار نیز آموزش می‌دهد .

21- پرستار پس از پایان اسکوپی‌ها در جهت گندزدایی کامل وسایل طبق دستورالعمل ابلاغی اقدامات لازم را انجام می‌دهد .

22- پرستار در صورت لزوم تا چند ساعت بعد از انجام اقدام تهاجمی بیمار را تحت مانیتورینگ دائم قرار داده و در صورت بروز هر گونه اختلال در همودینامیک بیمار به پزشک مربوطه اطلاع می‌دهد .

نمونه ای از خطاهای پزشکی و پرستاری در ذیل آورده شده ولی RCA آن به دلیل حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و مشکلات قانونی بیان نشده است.

- عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو

- ناخوانا بودن خط پزشک و تشابه دارویی

- سهل انگاری مادر

- داروی اشتباه با توجه به شباهت اسمی

- عدم ارتباط صحیح با بیمار – پزشکی

- تشابه شکل یا نام دارو و ناخوانا بودن دستور پزشک

- تشابه شکل یا نام دارو و ناخوانا بودن دستور پزشک

- کمبود آگاهی پرسنل

- عدم دقت و توجه کافی مادر و دور شدن از کنار تخت باتوجه به داشتن نرده کنار تخت

- عدم دقت در محاسبه دوز دارویی

- عدم دقت در انجام پروسیجرهای تهاجمی و گذاشتن دستور

- کمبود آگاهی پرسنل از اآمادگیهای قبل و بعد از هراقدام تشخیصی

- بی توجهی در خواندن با اجرای دستور

- ناخوانا بودن دستور پزشک –بی توجهی در خواندن با اجرای دستور

- تشابه دارویی ( البومین و ایمنوگلوبولین )

- شیفت طولانی و پشت سرهم – عدم ثبت صحیح اقدامات پرستاری

- اشتباه شدن دو نمونه خون بیمار که یکی دیالیز ی بوده و کراتینین بالا داشته است .

- ناخوانا بودن خط پزشک

- عدم ثبت دقیق و صحیح اقدامات پرستاری

- داروی وارفارین در دستور دارویی پزشک حذف شده بوده ولی پرستار اجرا کرده است.

- عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو

- داروی سفوتاکسیم که هر 8 ساعت تجویز میشود هر 12 ساعت تجویز شده بود .

- داروی پرومتازین برای بیمار به جای عضلانی :وریدی درخواست شده است .

- لاواژ بیمار توسط سرنگ 50 سی سی بدون وصل کردن به بگ

- بیمار سه نوبت کشت مدفوع از نظر OB داشته که در بخش اطفال 1 کاردکس نشده بود و در هنگام تحویل به فوق اطفال قید نشده بود .

- عدم آگاهی پرستار( قرص آسایکلوویر بیمار که هر 8 ساعت تجویز شده است برای بیمار داده نشده است .)

- بیمار دارای آنوریسم آئورت بوده که در سی تی آنژیوی مورخه 7/8/توسط پزشک رادیولوژیس گزارش غلط داده شده ودر تاریخ 7/8 توسط یک رادیولوژیست دیگر تشخیص انوریسم داده شده است .

- داروی نبولایزر ی PULMICORT که در برگه مشاوره پزشک اطفال به میکروگرم تجویز شده توسط انترن به میلی گرم نوشته شده است.

- دوز داروی جنتامایسین 20 میلی گرم داده شده بود که پس از تماس بادکتر به 10 میلی گرم کاهش یافت .

- گرفتن گرافی شکم به جای ریه

- ارسال آزمایش قبل از دستور پزشک

- بی توجهی در خواندن با اجرای دستور

- استفاده از وارمر حین انجام آنژیوگرافی

- مشکل در حین انتقال عدم ارسال ABG از کودک از اورژانس

- حساسیت پوستی و ادم دستها

- باتوجه به درخواست سی تی باکنتراست و تهیه ویزی پک متاسفانه اشتباها سی تی بدون کنتراست انجام شده است

- کودک به علت مشکل شنوایی کاشت حلزون داشته که با توجه به انجام معاینات بالینی و اخذ شرح حال در زمینه کاشت حلزون .بازهم درخواست ام ار ای شده است .

- تازه کار بودن پرسنل

- عدم ارتباط صحیح با بیمار

- بی توجهی در خواندن با اجرای دستور

- عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو

- اخذ نمونه از بیمار اشتباه به علت شیفتهای پشت سرهم

- اخذ نمونه LP بدون در نظر گرفتن شرایط لوله استریل

- اخذ نمونه از بیمار اشتباه و درج در پرونده بیمار دیگر

- عدم آگاهی پرسنل واحد داروخانه بیرون

- عدم آشنایی با شکل صحیح داروها ( شربت ویتامین ث نداریم )

- انجام گرافی قفسه سینه به جای گرافی شکم

- عدم ارسال نمونه خون به آزمایشگاه جهت انجام

- قند خون ناشتا

- عدم هماهنگی برچسب مشخصات بر روی لوله آزمایش با بیمار

- عدم پیگیری جواب آزمایشات

- اتمام سرم 24ساعته طی 10 ساعت

- درج تاریخ اشتباه بر روی محلول غذایی در بخش ویژه

- عدم چارت تب در برگه علایم حیاتی و در نتیجه عدم اطلاع پرستار شیفت بعد و پزشک از تب بیمار

- تجویز همزمان دو دارو شربت لوراتادین و زادیتن

- عدم کاردکس دارو بعد از تجویز و متعاقبا اجرا نشدن دستور به مدت 24 ساعت  
- عدم ثبت دوز داروی کوتریموکسازول و تحویل دارو بدون بروشور و راهنما

- درخواست اشتباه آزمایش coombs به جای Cpkmb

- عدم تشخیص تشنج در کودک توسط پرستار

- دادن اطلاعات ناقص به بیمار جهت گرفتن رضایت آگاهانه و تکمیل ناقص فرم مربوطه

- درخواست اشتباه آزمایش ALP به جایAlb

- تجویز سرم D/W 7/5% بدون Nacl در بیمار کتواسیدوز دیابتی و افت سدیم خون بیمار و بروز خواب آلودگی در بیمار

- DC کردن چک Bs در بیمار کتواسیدوز دیابتی در حالی که دریپ اسولین در جریان است و میزان سرم 24 ساعته ثابت نشده است

- تجویز سرم TNG به جای اکسیژن تراپی اردر شده ناشی از اشتباه خواندن اردر پزشک

- گزارش اشتباه جواب آزمایش بیلی روبین که منجر به آمادگی جهت تعوبض خون شده و در بررسی مجدد متوجه اشتباه شدند

- تحویل قرص فنوباربیتال 60 میلی گرم به جای قرص 15 میلی گرم ازداروخانه به منشی و عدم کنترل منشی و قرار دادن آن در قفسه دارویی

- کاردکس کردن اشتباه تاریخ ROP

- نکروز شدن دست کودک به دنبال نشت بی کربنات به علت خرابی ivline

- همزمانی تزریق سرم دکستروز و فنی توئین

- تجویز همزمان سفتریاکسون، آمپول کلسیم و بی کربنات سدیم

- تزریق آمپول جنتامایسین به جای نبولایز جنتامایسین با همان دوز بالا

- تجویز بی کربنات سدیم در حالیکه طبق VBG بیمار دچار آالکالوز بوده

- تجویز داروی فنوباربیتال و فنی توئین در بیمار ادیکت به دنبال مصرف اور دوز اپیوم دچار تشنج شده

- ارسال ناقص آزمایشات نوزاد

- باز بودن کلمپ سرم به میکروست و دریافت حجم سرم زیاد توسط نوزاد

- دریافت فتوتراپی intensive به جای فتوتراپی single

- عدم ویزیت بیمار case MI توسط پزشک مقیم و دادن دستور تلفنی علیرغم اطلاع - - داشتن از تغییر ریتم بیمار که منجر به فوت بیمار می گردد.

- عدم کراس مچ خون برای بیماری که رزو خون داشته جهت ترانسفوزیون حین انجام دیالیز

- حل کردن متیل پردنیزلون 750میلی گرم در 50 سی سی سرم به جای 500 سی سی سرم دکستروز5% در کودک

- ارسال برگه درخواست آزمایش به همراه لوله خالی

- اضافه کردن 16 میلی اکی والان سدیم به سرم نوزاد به جای 6 میلی اکی والان ناشی از خطای هنگام کاردکس کردن

- شستشوی معده در شیرخوار 15 ماهه با شکایت مسمومیت با نفت

- همزمانی انفوزیون فنی توئین با سرم دکستروز10% از یک IV line

- ارسال آزمایشات و تست های انعقادی از بیمار اشتباه

- خونگیری مجدد از بیمار برای یک آزمایش به علت استفاده از لوله آزمایش اشتباه

- عدم اطلاع لیز بودن نمونه ی ارسالی به آزمایشگاه به بخش در مورد آزمایش اورژانسی

- دادن داروی دیکلوفناک به جای دیسیکلومین به بیمار بستری با شکایت دل درد و استفراغ

- دادن قرص هیدروکرتیزون به جای هیدروکسی زین به مدت 24 ساعت

- اجرای 500 میلی گرم سفتریاکسون به 400 میلی گرم

- عدم ارسال آزمایش

- VBG علیرغم گرفتن نمونه از بیمار

- تزریق آمپول سفوتاکسیم به جای سفازولین

- دادن هیدروکلروتیازید به جای هیدروکسی زین

- حل نمودن آمپول فنی توئین در سرم دکستروز که مربوط به ونکومایسین بوده و منجر رسوب دادن دارو شده

- عدم ارسال و ثبت آزمایش علیرغم گرفتن نمونه از بیمار

- دادن داروی گریپ میکسچر به بیمار اشتباه

- عدم تهیه محلول گاواژ 24 ساعته به بیمار اینتوبه و استفاده از محلول تاریخ گذشته جهت بیمار

- عدم شستشو و تعویض پانسمان بیمار مبتلا به زخم بستر درجه دو در دو شیفت متوالی

گزارش ادم مغزی در بیماری مشکلی نداشته است

- عدم HIS آزمایش pt و ptt در نتیجه دریافت INR و در نتیجه بیمار با INR بالا شناسایی نشد

- خوردن داروی دریپ هپارین آماده شده که بر بالین بیمار قرار داده شده بود

- تزریق اشتباه آمپول لازیکس به جای TNG به علت شباهت پوکه دارو

- دادن شربت هیدروکسی زین در سه نوبت در روز به جای یک نوبت در روز

انفوزیون سرم TNG با سرعت بالا

- ارسال آزمایشات ESR وB/C و CRP و Ca و BS اضافی در بیمار خردسال

استفاده از مومتازون به جای قطره رینوسالین

- گزارش اشتباه پروتئین (1006 به جای 6/100) در نمونه Lp در بیمار که منجر به شروع داروی آسیکلویر شده

- گزارش اشتباه گروه خونی نوزاد (AB+ به جای O+ )

- قرار دادن نمونه اخذ شده از بیمار در دستگاه PTS و عدم ارسال به آزمایشگاه

- عدم کشیدن آنژیوکت خراب در بیمار و باقی ماندن آن در دست بیمار به مدت 48 ساعت

- عدم رعایت نکات استریل هنگام ساکش لوله تراشه بیمار اینتوبه ( ساکشن کردن بیمار ابتدا بینی و سپس دهان و در نهایت لوله تراشه ساکشن شده)

- اجرا شدن داروی سفازولین به جای سفتازیدیم در بیمار

- اجرای قطره کلرامفنیکل به جای سیپروفلوکساسین

- ثبت اشتباه در خواست آزمایش برای بیمار اشتباه

- ثبت اشتباه نتیجه pco2 146 به جای 14.6

- miss شدن داروهای کنترل تشنج شخصی در بیماری که همراهی حضور نداشته است و بروز تشنج مقاوم در بیمار

- دریافت 8 میلی گرم آمپول دگزامتازون به جای 4 میلی گرم در 3 نوبت

- ریپورت اشتباه سونوگرافی رحم و ضمائم در بیمار پسر

- اشتباه گذاشتن مارکر هنگام گرفتن گرافی قفسه سینه

- تشخیص اشتباه کروپ در بیمار مسمومیت با متادون

- تعویق افتادن دیالیز بیمار به دلیل کوتاهی پزشک که منجر به فوت بیمارگردیده

- تزریق همزمان انسولین نورلیپید و لنتوس در بیمار هیپرگلیسمی توسط رزیدنت که منجر به هیپوگلیسمی شبانه بیمار گردیده

- اقدام جهت گذاردن لیدرکت به دفعات در بیماری که چندین نوبت کت دان شده که منجر به خونریزی و هماتوم و در نهایت افت هموگلوبین در بیمار گردیده

- فوت بیمار به علت سرعت انفوزیون بالای NAC در بیمار مسمومیت با استامینوفن

- پایین آوردن سریع سدیم در بیمار هیپرناترمی که منجر به تشنج بیمار گشته است

- دادن 2.5 سی سی آزیترومایسین به جای 5/12 میلی گرم در کودک ناشی از کاردکش اشتباه

- دادن اسپری سروفلو به جای اسپری اسپیروا

- همزمانی انفوزیون سرم دکستروز و فنی تویین از یک رگ دربیمار

- خوراندن 10سی سی شربت Almgs به کودک که برای استفاده در ناحیه ژنیتال جهت دیاپراش در اختیار مادر قرار داده شده بوده است

- الصاق اشتباه نام بیمار بر روی سرم

- گزارش رحم وضمائم نرمال در ریپورت سونوگرافی پسر بچه 8 ساله

- رقیق کردن مترونیدازول در سرم نرمال سالین و انفوزیون به بیمار

- ارسال آزمایشات بدون اردر پزشک جهت بیمار

- دادن شربت کلایترومایسین به جای گریپ میکسچر به کودک

- عدم اجرای دستورات پزشک مشاور به علت miss شدن بین دستورات شامل: چک VBG و BS ، مانیتورینگ قلبی ریوی....

- تحویل بیمار اشتباه به بخش

- انفوزیون دریپ هپارین با دوز 800واحد در ساعت در بیماربا کاهش سطح هوشیاری و Bp>180mmg

- استفاده از آمپول کلیندامایسین و ریختن آن در لوله تراشه بیمار جهت رقیق کردن ترشحات بیمار

- شروع دریپ TNG جهت بیمار بدون D.C کردن قرص نیتروکانتین

- فیکس کردن سوند ادراری به بیمار اشتباه

- عدم همخوانی نتایج INR از نمونه ارسالی به صورت همزمان به آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه شخصی

- تجویز آمپول آپوتل در نوزاد با وزن 1600گرم با دوز 150میلی گرم به جای 15 میلی گرم

- گزارش Coombs منفی در بیمار Coombs مثبت

- اضافه کردن kcl به سرم بیمار بدون اردر پزشک به دنبال عدم کارکس صحیح

- اجرای داروی سفوتاکسیم چهار بار در روز به جای دو بار در روز برای بیمار

- محاسبه اشتباه دوز دارو نوزاد 100mg/kg به جای جای 10mg/kg در داروی ونکومایسین و آمیکاسین

- خوراندن 10 سی سی شربت کتوتیفن به کودک 2 ساله به جای 5/1 سی سی به علت بدنوشتن پزشک و اشتباه خواندن پرستار

- عدم هم خوانی کلیه مشخصات دستبند شناسایی با پرونده و هویت بیمار

- عدم هم خوانی مشخصات نام پدر و کد ملی و سایر مشخصات دستبند شناسایی با پرونده و هویت بیمار به علت تشابه اسمی بیمار

- محاسبه اشتباه دوز دارو نوزاد 10mg به جای جای 10mg/kg در داروی ونکومایسین

- گزارش نتیجه کراتینین 1/0 به جای 5/0

- خطا در اجرای جنتامایسین با دوز اشتباه و تعداد دفعات اشتباه

- عدم سرم تراپی بمار در یک شیفت کاری

- گزارش ترپونین منفی در بیمار MI و با تروپونین مثبت

- گزارش دو نمونه متفاوت نتیجه cbc در دو روز متوالی برای یک بیمار

- ثبت آزمایشات درخواستی نتیجه آزمایشات برای بیمار اشتباه به علت تشابه فامیلی

- ترخیص بیمار بدون کشیدن آنژیوکت و مراجعه بیمار با عفونت محل آنژیوکت

- تحویل لنز اشتباه به جراح در حین عمل چشم

- تحویل سی دی سی تی اسکن Brian بیمار سالم به بیمار با تومو مغزی

- انفوزیون همزمان پنتوپرازول با دمیترون با محل کردن همزمان داخل یک حلال که منجر به ایجاد رسوب

- تزریق دوز پایین تر از اردر اناکساپارین به علت اردر نامناسب

- جواب آزمایش یک بیمار جهت بیمار دیگر ضمیمه شده

- تزریق آمیلودارون به صورت بلوس

- ترانسفوزیون گروه خونی اشتباه

- تزریق آمیلودارون به صورت بلوس

- انفوزیون ونکومایسین با سرعت بالا که منجر به بروز واکنش در بیمار شده است

- نمونه گبری از بیمار اشتباه

- ثبت ناقص فرم نظارت ترانسفوزیون

- ارسال نمونه به آزمایشگاه بدون برچسب مشخصات

- چارت دمای بدن با ترمومتر خراب

- اجرا نشدن داروی هپارین به علت عدم کاردکس شدن

- اجرایی نشدن داروی سفپیم به علت چک نکردن مشاوره عفونی بیمار

- نمونه گبری از بیمار اشتباه

- عدم درخواست VBG در نوزاد با دیسترس تنفسی و تاکی پنه و ریت تنفس 120

- ارسال آزمایش cpkبرای بیماربدون درخواست پزشک

- دادن آنتی بیوتیک 4 بار در روز به جای 3 بار در روز

- گزارش بیلی روبین اولیه اشتباه( 5/20 به جای 7/26)

- اجرای دستور دارویی سی سی به جای قطره

- ترانسفوزیون p.c برای بیمار در صورتی که دستور رزرو داشته است

- دستور داروی 10 میلی گرم مروپنم به جای 60میلی گرم

- درج اطلاعات بیمار دیگر بر روی دستبند شناسایی بیمار

- بردن بیمار اشتباه جهت انجام CXR

- دادن 2 عدد قرص استامینوفن به جای 6 عدد ASA

- احتمال سقوط بیمار به علت قفل نبودن چرخ برانکارد

- عدم مدیریت داروهای تلفیقی بیمار دیابتی بستری شده و عدم کنترل قند خون

- عدم چک دستورات مشاوره جراح قلب مبنی بر اینکه بیمار کاندید CABG می باشد و رضایت آگاهانه اخذ شود

- تحویل بیمار به بخش اشتباهی(ویژه]

- برادیکارد شدن بیمار به علت به علت اجرای اشتباه اردر پزشک سه بار در روز به جای روزانه

- دادن داروی سفکسیم خوراکی به جای ویال سفپیم

- اجرای داروی تازوسین هر 12 ساعت ساعت به جای هر 6 ساعت

- دادن قرص بیزاکودیل به جای بیزوپرولول به بیمار

- استفاده از کیف آب گرم به جای وارمر در بیمار هیپوترم

- دادن والسارتان 80 به جای والسلرتان 40

- نگذاشتن دریپ نالوکسان در بیمار مسمومیت با متادون ، که منجر به کاهش سطح هوشیاری کودک شده

- عدم چک و کنترل bsبیمار هیپوگلیسمی که منجر به تشنج بیمار شده است

- شستشوی معده بیمار با مسمومیت با روغن ترمز

- ارسال نمونه بیمار اشتباهی

- گزارش هیدروسل به جای هرنی اینگوینال دوطرفه تجویز

- تجویز سفوتاکسیم 6 بار در روز

- تجویز آمپی سیلین 3 بار در روز

- ماندن نمونه ارسالی به آزمایشگاه در pts

- ارسال آزمایش اشتباهی برای بیمار( bun به جای ESR(

- اعلام ترپونین مثبت به جای منفی

- عدم اجرای داروی پنتوپرازول به علت کاردکس نشدن

- انفوزیون یک لیتر سرم در عرض 4 ساعت در بیمار با EF=25%

- عدم اجرای داروی هیدروکورتیزون در بیمار آماده آنژیوگرافی و cr افزایش نمایید.

- ارسال دو نوبت TPI جهت بیمار در حالی که یک نوبت درخواست شده

- عدم اجرای داروی پنتوپرازول به مدت 2 روز

- تحویل نوزاد به PICU به صورت ناقص و عدم اجرای آنتی بیوتیک به مدت 12 ساعت

- دستور نمودن 15 سی سی آزیترومایسین برای کودک 6 کیلویی

- اجرای سفوتاکسیم به جای سفتریاکسون

- اردر 30میلی گرم فنی تویین به جای 8 میلی گرم

- ارسال روزانه آزمایش mg که درخواست state داشته

- اجرای پنتوپرازول یک بار در روز به جای 2 بار در روز

- عدم اجرای داروی پنتوپرازول به مدت 2 روز

- CT کودک آبسه ریه به جای کیست ریه ریپورت شده است

- عدم ارسال آزمایش VBG و B/C در بیمار بدحال به مدت 24 ساعت

- اجرای نبولایز پالمیکورت هر دو ساعت به جای هر 12 ساعت(10 بار در روز به جای 2 بار در روز)

- تشخیص آمبولی ریه در ریپورت CT بیمار تازه زایمان کرده و دریافت درمان دارویی به مدت 3 روز که در ریپورت مجدد آمبولی ریه رد شده است

- عدم پیگیری جواب آزمایشات به علت عدم ثبت در کاردکس

- عدم ارسال B/C علیرغم دستور پزشک

- عدم ارسال VBG برای بیمار

- دادن پودر کلسیم به جای سولفات منیزیم به علت بی نام بودن دارو

- تزریق 200 سی سی بی کربنات طی 4 ساعت برای کودک با اسیدوز تنفسی

- چک دستورات پزشک توسط پرستار انجام گرفته اما کاردکش نشده و متعاقبا اجرا نشده

- بستری بیمار بدون دستور بستری

- اجرای 2gr سفازولین به جای 1gr

- ادامه دریپ هپارین به مدت 6 ساعت پس hold آن

- دادن قرص دپاکین 400 میلی به جای آمپول دپاکین

- اجرای سرم نرمال سالین به میزان دو برابر در بیمار قلبی(2 لیتر به جای 1لیتر)

- کپسول آزیترومایسین اجرای 2 برابر دوز برای بیمار(500 میلی گرم به جای 250میلی گرم)

- اجرای سفکسیم به جای سفپیم

- اجرای انسولین 9 واحد برای بیمار به جای 2 واحد رگولار(خطا در محاسبه

(BS+150)/40 به جای (BS-150)/40

- نگرفتن جواب U/A دربیمار با U/A اکتیو

- عدم ارسال B/C علیرغم داشتن دستور

- دادن شربت سرماخوردگی یک بار به جای 4 بار

- گزارش تروپونین مثبت در بیمار تروپونین منفی

- اجرای NAC600 به جای N.C با دوز 6/4

- اجرای لازیکس 4 بار در روز به جای دو بار در روز

- زخم بستر در بیمار POST CABG

- ارسال آزمایش PT-PTT و CPK-CPKMB بدون درخواست پزشک

- اجرای داروی آمیلودارون برای بیمار اشتباه توسط دانشجو

- اجرای 80MG قرص A.S.A به جای 300mg

- ثبت اشتباه سن نوزاد در پرونده توسط پذیرش

- گزارش G6PD بیمار به صورت Defficent در صورتی که نرمال بوده است

- استفاده از میکروست حلال فنی توئین جهت داروهای دیگر و ایجاد رسوب

- قرار دادن داروی آپوتل در باکس اپی نفرین

- عدم تشخیص بیمار با کاهش سطح هوشیار و سدیت کردن بیمار

- تحویل بیمار به جای POST CCU به CCU

- عدم ارسال آزمایشات order شده به خارج از بیمارستان که پس از انتقال به بخش دیگر شناتسایی شده است

- عدم ارسال آزمایشات به دلیل کاردکس نشدن

- عدم اعلام نتیجه کشت خون مثبت به مدت 2 روز

- عدم همکاری شماره کیسه فراورده خونی با فرم تزریق فراورده

- ترخیص بیمار با سیم پیس

- تشخیص آنفولانزا برای بیمار دچار MI که با درد قفسه سینه به بیمارستان مراجعه نموده

- وجود فوروزماید در قفسه دپاکین

- ثبت دستورات پزشک در پرونده بیمار

- تزریق داروی s.c (Gcsl ) به صورت IV

- اجرای سفتریاکسون 250میلی گرم هر 6به جای سفوتاکسیم

- اجرای شربت ستریزین به جای گریپ میکسچر

- اجرا نشدن داروهای کنترل تشنج بیمار که شخصی بوده

- استفاده از NACL به جای D/W50% جهت آماده کردن سرم D/W10%

- عدم همخوانی شماره روی کیسه FFP با برگه نظارت

- جا ماندن بالن سوند فولی بیمار درمثانه بیماربه علت پاره شدن سوند که بی قرار بوده

- تروماتیزه کردن مجرای ادراری و وارد شدن سوند ادراری در مجرای

- اردر نمودان نیتروگلیسیرین 25میلی گرم به جای 25/6

- انجام مشاوره چشم به جای مشاوره ENT

- اجرای آمپول سفازولین به جای کپسول سفالکسین

- ارسال نمونه به آزمایشگاه با نام بیمار دیگر

- اجرای K-TIVA به صورت خوراکی به جای استنشاقی

- اجرای 160 گرم سفتریاکسون به جای 1 گرم

- ثبت آزمایش یک بیمار از بیمار دیگر

- ضمیمه کردن مستندات و نتایج آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک بیمار اشتباه در حین اعزام به مرکز درمانی دیگر

- اجرای سفتازیدیم به جای سفازولین

- اجرای سفتریاکسیون به جای سفای زوکسیم

- خط زدن اردر اجرا شده توسط رزیدنت و تغییر آن

- جراحت دست بیمار حین انتقال بیمار به علت گیر کردن به درب

- عدم اجرای سرم N/S جهت بیمار قبل از رفتن به کت لب

- اجرای آمپول کلیندامایسین 300میلی گرم به جای کپسول کلیندامایسین

- عدم اجرای دوز Stat داروی پلاویکس و A.S.A برای بیمار

- اجرای انسولین برای بیماری که طبق دستور با BS=196 نیازی به انسولین نداشته است

- اجرای همزمان داروی TNG و N.C به صورت همزمان

- ضمیه کردن نتایج ازمایشات یک بیمار جهت بیمار دیگر

- سوختگی پای کودک به دنبال //گذاشتن کیسه آب گرم

- عدم اجرای داروی stat و چک نکردن دستورات پزشک

- انجام cxrey دو مرتبه برای بیمار

- ارسال آزمایش p بدون درخواست

منبع:

1-تشخیص های پرستاری ناندا((nanda

2-براساس اخرین سنجه های اعتبار بخشی مراقبت درمان ، کنترل عفونت ، ایمنی ، بهداشت محیط و دستور العمل های ارسالی از وزارت بهداشت درمان و اموزش بهداشتی سال 98

3-اصول پرستاری تایلور مفاهیم پرستاری بخش یک ترجمه افسانه افتخاری منش

4-طریقه برقراری ارتباط با بیماران در سنین مختلف ،کنگره یسراسرس اخلاق پزشکی

5-دوگاس بورلی ویتر،اصول مراقبت از بیمار جلد یک

6-مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

7-internet

|  |  |
| --- | --- |
| شرح حال | . (Observation) |
| سیر بیماری | . (Progress note) |
| گزارش پرستاری | . (Nurse record) |
| اتهام | . Charge |
| تبرئه | . Acquittal |
| پژوهشگران | . researchers |
| سهل انگاري | . Negligence |
| سند قانوني | . Legal document |
| بيمار افسرده | . Depressed |
| قانوندانان | . Lawsmen |
| سازماندهي | . Organize |
| محرمانه بودن | . confidentiality |
| کلمات کلیشه ای | . Stereotypical words |
| مراقبت | . Care reflector |
| مسئولیت های قانونی | . Legal responsibilities |
| مدیریت بحران | . Crisis Management |
| نسخه نویسی | . Copywriting |
| حرفه ای | . Professional work license |
| جنسی | . Rape |
| سوء رفتار | . misbehavior |
| پروسیجرها | . Processors |
| مستمع | . Listening Nurse |
| همودینامیک | . Hemodynamics |
| ونتیلاتور | . Ventilator |
| تحریف | . Distortion |
| مخدوش نمودن | . To distort |
| احیاء قلبی ریوی | . Lung cardiopulmonary resuscitation |
| سوء ظن | . Suspicion |
| پروتکلی | . protocol |
| سند دائمي | . Permanent document |
| اندازه گيري | . measurement |
| انعطاف پذيري | . flexibility |
| اتيولوژي | . Etymology |
| فيزيولوژيك | . Physiological |
| مکانیسم های تطابقی | . Adaptive mechanisms |
| هويت | . Identity |
| کرايوپرسيپيتيت | . Cryoprespiration |
| مراقبت کنندگان | . Caregivers |
| گاواژ | . Gavage |
| درد | . the pain |
| تشديد کننده | . Aggravating |
| تخفيف دهنده | . Discounter |
| ترندلنبرگ | . Trendlenberg |
| آنومالی ظاهری | . Appearance anomaly |
| ماستکتومي | . Mastectomy |
| شوک | . Shock |
| هموليز | . Hemolysis |
| چست تيوب | . Chest tube |
| پاپ اسمير | . Pope Smyrna |
| سوپراپوبيک | . Superpobic |
| ژژنوستومي | . Gynecostomy |
| دليريوم | . I'm brave |
| خودکشي | . Suicide thoughts |
| قفسه سینه | . Chest |
| ادم ریوی | . Pulmonary edema |
| اولیگوری | . Oliguria |
| بافت | . Tissue perfusion |
| ارتوپنه | . Orthopedics |
| سیاهرگ ژوگولار | . Jugular vein dilation |
| ایسکیمی میوکارد | . Myocardial ischemia |
| راب پریکاردیال | . Fabrication Rob Pericardial |
| ترمبولیتیک | . Thermobolitic |
| فیبریلاسیون بطنی | . Ventricular fibrillation |
| هیپوکسی | . Hypoxia |
| لتارژی | . Lethargy |
| دکورتیکیت | . Decorative |
| دسربریت | . Dessert |
| مرگ مغزی | . Brain death |
| فرآیند پرستاری | . Nursing process |
| تشخیص پرستاری | . Nursing diagnosis |
| محرکهای معنی دار | . Brain hypoxia |
| آنمی | . anemia |
| سپسیس | . Sepsis |
| لوپوس اریتماتوز | . Lupus erythematosus |
| پرفیوژن بافت مغز | . Brain tissue perfusion |
| محرک های معنی دار | . Meaningful stimuli |
| اعتماد به نفس | . Self Confidence |
| برنامه مراقبت | . Care program |
| تحریکات محیطی | . Environmental stimuli |
| عضله میوکارد | . Myocardial muscle weakness |
| قدرت عضلانی | . Decreased tone and muscle strength |
| ریت متابولیسم پایین | . Slow metabolic rate |
| فیزیولوژیک | . physiologic |
| سایکولوژیک | . Psychological |
| عدم تحمل فعالیت | . Intolerance of activity |
| اضطراب | . Anxiety |
| کاهش مقاومت به فعالیت | . Reduce activity resistance |
| ورزش های تنفسی | . Breathing exercises |
| ایزوتوپ مثبت | . Positive isotope drugs |
| وازدیلاتورها | . Vasodilators |
| اختلال در خواب | . Sleep disorder |
| سطخ سرومی سموم نیتروژنی | . Increased serum levels of nitrogenous toxins |
| اختلالات نوروماسکولار | . Neuromuscular disorders |
| برون ده قلبی | . Maintain cardiac output |
| توان عضلات | . Increase muscle strength and power |
| هایپوکسی بافتی | . Tissue hypoxia |
| کوادری پلژی | . Quadriplegia |
| همی پلژی | . Hempilegia |
| تحرکات فیزیکی | . Increase physical activity |
| خودمراقبتی | . Self-care |
| اختلال در تغذیه بافتی | . Tissue nutrition disorder |
| ضایعات سلولی | . Accumulation of cellular waste products |
| اقدامات حمایتی | . Supportive measures |
| انزوای اجتماعی | . Social isolation |
| تغییر در ایفای نقش و ارتباطات | . Change in role-playing, communication |
| بازتوانی | . Recovery |
| خصومت | . Hostility |
| درناژ شدید زخم | . Severe wound drainage |
| دیورزاسموتیک | . Diorzasmotic |
| عدم تعادل بین مایعات جذب شده و دفع شده | . Imbalance between absorbed and excreted fluids |
| کرامپ های شکمی | . Abdominal cramps |
| پارستزی | . Paresthesia |
| آلکالوزمتابولیک | . Metabolic alkalosis |
| کانفیوژن | . Configuration |
| تعادل بین مایعات و الکترولیتها | . The balance between fluids and electrolytes |
| کانفیوژن | . Configuration |
| دیس ریتمی | . Rhythm Dis |
| عملکرد قلب | . Heart dysfunction |
| اولیگوریک کلیه | . Oliguric renal failure |
| وریدهای گردنی | . Dilation of cervical veins |
| اینوتروپ مثبت | . Positive inotropes |
| استئوماتیت | . Osteomatitis |
| دیسفاژی | . Dysphagia |
| گاسترژنوستومی | . Gastrogenostomy |
| واگوتومی | . Vagotomy |
| پرفیوژن بافتی | . Tissue perfusion |
| تحریک پریستالتیسم | . Stimulation of peristalsis |
| نیاز های متابولیک بدن | . The body's metabolic needs |
| عضله تری سپس | . More muscle then |
| ماکروفاژهای آلوئولی | . Alveolar macrophages |
| پاسخهای ایمنی | . Safety Answers Depression |
| لکوپنی | . Leukopenia |
| کورتیکوستروئیدها | . Corticosteroids |
| آنمی مگالوبلاستیک | . Megaloblastic anemia |
| ارگانیسم های بیماری زا | . Pathogenic organisms |
| ایمنوگلوبولینهای طبیعی | . Catabolism of natural immunoglobulins |
| توکسوئیدکزاز | . Toxoid |
| اسپیرومتر | . Spirometer |
| کاتترهای سیلیکون | . Silicone catheters |
| مرکز ثقل بدن | . Center of gravity |
| گیجی | Confuse |
| آنتی دوتهای | . Anti-Dot |
| تحریک گیرنده های احشایی قلب | . Stimulation of the heart's visceral receptors |
| ویسرال قلب | . Visual Heart |
| وازودیلاتورها | . Vasodilators |
| کلسیم بلوکرها | . Calcium blockers |
| تجمع بیلیروبین | . Accumulation of bilirubin |
| کورتیکو استروئیدها | . Corticosteroids |
| تغییرات دژنراتیو | . Degenerative changes |
| نوروپاتی محیطی | . Environmental neuropathy |
| تصورات ذهنی | . Mental imagery |
| مانورهای والسالوا | . Valsalva maneuvers |
| هایپر تیروئیدیسم | . Hyper-thyroidism |
| سوکرالفیت | . Sucralfate |
| پیروژنهای اندوژن | . Endogenous pyrogens |
| کولینرژیک | . Anticholinergics |
| فلبیت | . Flebit |
| ریتم های بیولوژیکی | . Biological rhythms |
| جمع شدن سرومن | . Saruman gathering |
| ورزش های ایزومتریک | . Isometric sports |
| ورزش های ایزوتونیک | . Isotonic sports |
| اینتوباسیون | . Intubation |
| تراکئوستومی | . Tracheostomy |
| پالس اکسی متری | . Oximeter pulse |
| فشار اورتواستاتیک خون | . Orthostatic blood pressure |
| مقدار اسید لاکتیک | . The amount of lactic acid |
| کاتتر شریان ریوی | . Pulmonary artery catheter |
| لاپاراسکوپیک | . Laparoscopic |
| هیستروسکوپیک | . Hysteroscopic |
| برداشتن پروستات | . Prostate resection |
| آسیستول | . Asystole |
| اسیدوز تنفسی | . Respiratory acidosis |
| کاپنوگرافی | . Capnography |
| پالس اکسیمتری | . Oximetry pulse |
| اختلال در بینایی و دیپلوپیا | . Visual impairment and diplopia |
| تشنج | . Convulsions |
| ترانسفوزیون خون | . Blood transfusion |
| کراکل ریوی | . Lung Crackle |
| اسکاروتومی | . Scarutomy |
| فاشیاتومی | . Fasciatomy |

1. 1. (Observation) [↑](#footnote-ref-1)
2. 2. (Progress note) [↑](#footnote-ref-2)
3. 3. (Nurse record) [↑](#footnote-ref-3)
4. 1. Charge [↑](#footnote-ref-4)
5. 2. Acquittal

   [↑](#footnote-ref-5)
6. 1. researchers [↑](#footnote-ref-6)
7. 1. Negligence [↑](#footnote-ref-7)
8. 2. Legal document

   [↑](#footnote-ref-8)
9. 1. Depressed [↑](#footnote-ref-9)
10. 1. Lawsmen [↑](#footnote-ref-10)
11. 1. Organize [↑](#footnote-ref-11)
12. 2. confidentiality [↑](#footnote-ref-12)
13. 1. Stereotypical words

    [↑](#footnote-ref-13)
14. 1. Care reflector [↑](#footnote-ref-14)
15. 2. Legal responsibilities [↑](#footnote-ref-15)
16. 1. Crisis Management [↑](#footnote-ref-16)
17. 2. Copywriting [↑](#footnote-ref-17)
18. 3. Professional work license [↑](#footnote-ref-18)
19. 4. Rape [↑](#footnote-ref-19)
20. 5. misbehavior [↑](#footnote-ref-20)
21. 1. Processors [↑](#footnote-ref-21)
22. 1. Listening Nurse [↑](#footnote-ref-22)
23. 1. Hemodynamics

    [↑](#footnote-ref-23)
24. 2. Ventilator [↑](#footnote-ref-24)
25. 1. Distortion [↑](#footnote-ref-25)
26. 1. To distort

    [↑](#footnote-ref-26)
27. 2. Lung cardiopulmonary resuscitation

    [↑](#footnote-ref-27)
28. 1. Suspicion [↑](#footnote-ref-28)
29. 1. protocol [↑](#footnote-ref-29)
30. 1. Permanent document

    [↑](#footnote-ref-30)
31. 1. measurement [↑](#footnote-ref-31)
32. 1. flexibility [↑](#footnote-ref-32)
33. 1. Etymology [↑](#footnote-ref-33)
34. 2. Physiological [↑](#footnote-ref-34)
35. 1. Adaptive mechanisms

    [↑](#footnote-ref-35)
36. 1. Identity [↑](#footnote-ref-36)
37. 1. Cryoprespiration [↑](#footnote-ref-37)
38. 1. Caregivers [↑](#footnote-ref-38)
39. 2. Gavage [↑](#footnote-ref-39)
40. 1. the pain [↑](#footnote-ref-40)
41. 2. Aggravating [↑](#footnote-ref-41)
42. 3. Discounter [↑](#footnote-ref-42)
43. 1. Trendlenberg [↑](#footnote-ref-43)
44. 1. Appearance anomaly

    [↑](#footnote-ref-44)
45. 1. Mastectomy [↑](#footnote-ref-45)
46. 1. Shock [↑](#footnote-ref-46)
47. 1. Hemolysis [↑](#footnote-ref-47)
48. 1. Chest tube

    [↑](#footnote-ref-48)
49. 1. Pope Smyrna

    [↑](#footnote-ref-49)
50. 2. Superpobic [↑](#footnote-ref-50)
51. 1. Gynecostomy [↑](#footnote-ref-51)
52. 1. I'm brave

    ج [↑](#footnote-ref-52)
53. 2. Suicide thoughts

    [↑](#footnote-ref-53)
54. 1. Chest [↑](#footnote-ref-54)
55. 1. Pulmonary edema

    [↑](#footnote-ref-55)
56. 2. Oliguria [↑](#footnote-ref-56)
57. 3. Tissue perfusion

    [↑](#footnote-ref-57)
58. 1. Orthopedics [↑](#footnote-ref-58)
59. 2. Jugular vein dilation

    [↑](#footnote-ref-59)
60. 1. Myocardial ischemia

    [↑](#footnote-ref-60)
61. 2. Fabrication Rob Pericardial

    [↑](#footnote-ref-61)
62. 1. Thermobolitic [↑](#footnote-ref-62)
63. 2. Ventricular fibrillation

    [↑](#footnote-ref-63)
64. 1. Hypoxia [↑](#footnote-ref-64)
65. 1. Lethargy [↑](#footnote-ref-65)
66. 2. Decorative [↑](#footnote-ref-66)
67. 3. Dessert [↑](#footnote-ref-67)
68. 1. Brain death [↑](#footnote-ref-68)