

آموزش گزارش نویسی در اورژانس

آموزش گزارش نویسی در اورژانس

گزارش پرستاری:

- نافذترین سند در مرجع قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان
- سندی با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار
- سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک
- سند مهم برای پژوهش و نظارت می باشد.
- همچنین ثبت اطلاعات یکی از روش های برقراری ارتباط با سایر اعضای گروه درمانی است.

نکات ضروری که باید در پرونده و به ترتیب ثبت شود:

- پرستار اورژانس باید بتواند سریع بیمار را ارزیابی کرده و تصمیم صحیح بگیرد چرا که در اورژانس زمان خیلی مهم است.
- قید نام و نام خانوادگی مهمترین و بلافاصله بعد از آن
- زمان ورود بیمار به بیمارستان و نحوه مراجعه (که خود بیمار آمده یا آمبولانس و برانکارد منتقل شده است)
- بعد از آن بررسی سیستم های بدن بر اساس تقسیم بندی که در زیر ذکر شده که ترتیب آن ها:

CNS

Respiratory

قلب و عروق

پوست (ظاهر)

تناسلی ادراری (G.U)

گوارشی GI

اسکلتی و حرکتی

روحي و روانی و اجتماعی

بررسی علائم حیاتی

دستورات پزشک

-درمان ها و نتایج درمان های انجام شده و تشخیص

-نتایج آزمایش ها (بخصوص جواب های غیرطبیعی)

-ثبت کلیه مشاهدات و اقدامات انجام شده

-ثبت دقیق نوع دارو و زمان تجویز آن

-ثبت آموزش های داده شده

-در صورتی که کار خاصی برای بیمار انجام نشده علت آن را توضیح دهید.

-کلیه آموزش های داده شده به بیمار

-کلیه اطلاعات محرمانه (که پرستار باید رازدار باشد)

-تمام موارد و یافته ها چه ثبت و چه مقتضی ثبت شود.

-در صورت مشکوک بودن به حوادث جنایی کلیه جزئیات را دقیقاً^۱ در پرونده ثبت کرده و به مراجع قانونی

گزارش شود.

-در صورتی که نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش کنید.

-ثبت گزارشات تلفنی و نتایج آن

-انتقال بیمار به سایر واحدها و ثبت زمان رفت و برگشت

نکات مهمی را که به موقع نوشتن گزارش پرستاری باید مدنظر قرار داد عبارتند از:

- درصد غذای مصرفی بیمار در هر وعده
- گزارش بصورت همزمان و با ترتیب منطقی ثبت شود.
- همه مکالمات با پزشک، سوپروایزرها و مدیران در ارتباط با مشکل بیمار بایستی ثبت شوند.
- اطلاعاتی را که با پزشک معالج بیمار گزارش می نمایید دقیقاً ثبت شود.
- شماره پرونده و مشخصات بیمار باید در بالای تمامی صفحات پرونده ذکر شود.
- تاریخ و ساعت گزارشات و هر اقدامی که برای بیمار انجام می گیرد باید ثبت شود.
- چنانچه لازم شد ادامه گزارش پرستاری را در پشت صفحه یا در یک برگه دیگر ادامه دهید، کلمه (ادامه در صفحه بعد یا پشت صفحه) را در پایین صفحه اول نوشته و مجدداً در صفحه بعد تاریخ و ساعت و مشخصات بیمار و شماره پرونده وی را ثبت نمایید و سپس ادامه گزارش را بنویسید و در ضمن به این نکته که (از صفحه قبل) اشاره کنید (بالای صفحه)
- تغییر نام بیمار باید رد پرونده ثبت گردد و حتماً بیمار با نام واقعی خود ترخیص گردد .
- عدم تفسیر جملات بیمار
- پرهیز از کلی گویی و بکار بردن کلمات مبهم
- استفاده از خودکار آبی و مشکی
- عدم ثبت مراقبت انجام نشده
- عدم استفاده از لاک غلط گیری و پاک کن و نوشتن کلمه Error در بالای جمله اشتباه
- (آنچه پرستار دیده، شنیده، بوئیده، لمس کرده، اقدامی انجام داده است objectivt :)
- (آنچه بیمار بیان می کند Subjective:)
- جهت انجام هر یک از اقدامات زیر حتماً از بیمار یا ولی وی رضایت کتبی گرفته شود:

۱- درخواست مرخصی توسط بیمار

۲- ترخیص با رضایت شخصی

۳- انجام عمل جراحی

۴- قطع عضو

۵- سقط درمانی

-در انتها پرستار باید حتماً نام خود را ذکر کند و امضاء پر کرده و مهر بزند و پایین گزارش پرستاری تاریخ و ساعت را ذکر کرده و زیر گزارش پرستاری حتماً خط بکشد.

-در ضمن اگر گزارش پرستاری بسته شد ولی موردی پیش آمد (قبل از ارجاع بیمار به سایر بخش ها) و لازم به ذکر در پرونده بود باید حتماً نوشته شود **progress note**. بعد موضوع لازم نوشته شده و مجدداً ذکر نام و امضاء و مهر و بسته شدن گزارش با کشیدن خط و حتماً تمام موارد چه مثبت و چه منفی ذکر شود.

یک روش قابل استفاده برای ثبت اطلاعات روش: SOAPIE

این سیستم شامل چند قسمت است:

- جمع آوری اطلاعات ذهنی: **Subjective** شامل مواردی که بیمار اظهار می کند.
- جمع آوری اطلاعات عینی: **objective** شامل نشانه هایی که پرستار می تواند ببیند و بشنود و احساس کند.
- تجزیه و تحلیل اطلاعات: **analysis** پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات و طبقه بندی انجام شده تشخیص های پرستاری معین می شوند.

-برنامه ریزی: (**planning**) پرستار برای انجام اقدامات مناسب درمانی تشخیصی و مراقبتی

برنامه ریزی های لازم را بر اساس پروتکل یا دستورات پزشک انجام دهد.

-اجرا: Implementation در این مرحله پرستار تدابیر مراقبتی و درمانی برنامه ریزی شده را به اجرا درمی آورد و مورد اجرا شده را ثبت می کند.

-ارزیابی: evaluation شامل بررسی مجدد بیمار و پیگیری بیمار جهت تعیین مناسب بودن تصمیم گیری ها یا
بررسی نتایج اعمال اجرا شده و طبقه بندی بیماران می باشد.

کلیه نکاتی که باید در هر یک از سیستم های بدن ذکر شده و نوشته شود:

۱- ثبت در سیستم: CNS

-سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو GCS

-اندازه مردمک ها و واکنش به آن نور

-آگاهی به زمان و مکان و اشخاص

-صحبت کردن و درک و فهم

-داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان

-بررسی حافظه

-بررسی حس و اعضاء و حرکت آن ها

-داشتن پاسخ کلامی مناسب

-بررسی مشکل و تشخیص پرستاری ، اقدامات انجام شده، نتایج بدست آمده

-اقداماتی که باید پیگیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ و فرد انجام دهنده

۲- ثبت در سیستم: Respiratory

-تعداد، نوع تنفس، داشتن یا نداشتن سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب ، داشتن بوی خاص ترشحات

-وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی ، rate IV ، FIO2 ، PEEP ، PAWP ، I.E ratio ، mode و...)...

-میزان دریافت اکسیژن (1 / min) بوسیله ETT ، تراکسیاستومی (Tube) ، Nasal CPAP) Mask و...

-جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج

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

-صداهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی ، نوع آن و میزان تحمل یا پیشرفت بیمار

-داروهای مصرفی و اقدامات انجام شده، پروسیجرهای انجام شده ، نتایج و ثبت دقیق کلیه اطلاعات

-انجام پروسیجرهای تشخیص درمانی و نتایج آن (بخصوص / CPCR / زمان صدا کردن و زمان شروع و

زمان اختتام اقدامات و داروهای مصرفی و نتیجه)

-آموزش ها و مشاوره ها و اقدامات و نتایج

۳- ثبت در سیستم: (C.V) Cardio . Vascular

-تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشارخون، محل گرفتن BP

-صدای قلب و نوار قلب / مشخصات (Interval) ، Duration و ECG (...)

-مانیتورینگ بیمار / زمان شروع مانیتورینگ / مقادیر مانیتور شده / لید مانیتور شده

-مقدار داروهای دریافتی ، نتایج و عوارض

-تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی و عروقی و ثبت اقدام انجام شده و نتایج آن

-کاربرد دستگاه فیبریلاتور، ژول مصرفی و دفعات مصرف، اقدامات تیم CPCR

-داشتن یا نداشتن (Chest pain نوع، انتشار ، مداخلات و نتایج)

-نمونه خون های گرفته شده و جواب آزمایشات و گرافی ها

-پروسیجرها (آمادگی های قبل بعد از آن)

-داروهای مصرفی – عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده

-ثبت آموزش ها و مشاوره ها و اقدامات و نتایج

-نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)

-کاربرد وسایل داروها و اقدامات ضد تشکیل لخته (مانند کاربرد تورنیکت ، جوراب های ضد آمبولی و

داروها)

-فعالیت بیمار، تحمل فعالیت ، مشکلات و اقدامات انجام شده

-کلیه مراقبت های پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت و مقدار و نتایج

۴-ثبت در سیستم پوستی:

-رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی و التهاب و سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خونمردگی و ورم و خراش

-وضع پوست (condition) ، خشک و مرطوب و زخمی و ترشحات (نوع آن) و پوسته پوسته بودن، گرمی ،

سردی و ...

-ورم پوست (ورم کل بدن ، دور چشم، اندام های محیطی)

-قوا پوست (خوب ، بد)

-داشتن زخم بستر (رنگ، محل، درجه، ظاهر) اندازه (طول و عرض و عمق) زمان تعویض پانسمان، بو،

رنگ و شستشوی زخم، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب

-داشتن بخیه، کشیدن آن، نزدیک کردن پوست به هم

-گرفتن نمونه، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته

-تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضاء ، انجام ماساژ،

توجه به تغذیه، حمام

-ترشحات زخم، حاوی گرفتن نمونه جهت کشت، جواب، اقدامات

-دادن حمام، شستشوی پوست و ...

۵- ثبت در سیستم (G.U ادراری و تناسلی):

-وضع ظاهری اندام های تناسلی و یافته های غیرطبیعی

-رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی، علائم و نشانه‌ها (مانند تکرر ادرار، هماچوریا، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک، چرک در ادرار، تهوع و استفراغ و لرز و اتساع مثانه، پر ادراری و...) .

-خارش و ترشحات بدبو و نتایج پاپ اسمیر و خونریزی و درد و مشکلات در ارتباط با Sexual function

-داشتن اختیار و کنترل ادرار و وسایل کمکی، اقدامات انجام شده

-نتایج تست حاملگی با انجام دوش واژینال، معاینه واژن و ... و انجام مراقبت در خصوص کاتترها (فولی، سوپراپیویک و جایگزینی مایعات خون و فراورده‌های free بیمار cc) در ساعت)

-زمان زدن آنژیوکت و تعویض آن و تعویض پانسمان و ذکر محل آن و در آمدن فولی

-زمان شروع و قطع مایعات و وسایل و ذکر علت و توجهات خاص مربوط به آن و بررسی علائم عفونت

TPN

-کاربرد آموزش‌های داده شده به بیمار و ثبت نتایج آن

-شکایات بیمار، گزارش به پزشک، اقدامات انجام شده، نتایج داروهای مصرفی - عوارض

۶-ثبت در سیستم: GI

-اشتها، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی

-علائم و نشانه‌ها (مانند بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت و ...)

-نوع رژیم غذایی، داشتن NGT و یا نداشتن، کله‌سومی تیوب

-زمان و تاریخ گذاشتن، تعویض یا قطع NGT

-داشتن یا نداشتن مدفوع / کیفیت / رنگ / بو / شکل مدفوع / نوع اسهال

-داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده

-توجه به مخاط دهان، مراقبت‌های انجام شده، ثبت موارد غیرطبیعی و گزارش به پزشک و اتفاقات

-داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و ...

-ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایج

-تزریق خون و فراورده های خونی
-اقدامات تشخیصی و درمانی و گزارش موارد غیرطبیعی به پزشک و ... (تنقیه و کولونوسکوپی)
-مراقبت از استوما و تعویض کیس های آن ، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...
-کاربرد داروها، ثبت و عوارض و مراقبت های خاص
-مراقبت های پرستاری انجام شده، نتایج (زمان، فرد انجام دهنده ، شرح پروسیجر، آزمایشات ، نتایج ، اقدامات و ...)

آموزش گزارش نویسی در بخش های ویژه

۱. ثبت در سیستم CNS (مغز و اعصاب)

- سطح هوشیاری براساس مقیاس گلاسکو GCS

- اندازه مردمک ها و واکنش به نور

- آگاهی به مکان، زمان و اشخاص

- صحبت کردن ، درک، فهم

- بررسی حافظه

- بررسی حس و حرکت اعضای بدن

- داشتن پاسخ کلامی مناسب

۲. ثبت در سیستم resp (تنفسی) :

- تعداد تنفس

- نوع الگوی تنفس

Ritraction-

- داشتن یا نداشتن سرفه

- داشتن یا نداشتن چست تیوب

- داشتن بوی خاص ترشحات

- وابستگی به دستگاه تنفسی مصنوعی (mode,tv,rate,peep,fio₂)

- میزان دریافت اکسیژن بوسیله EII و تراکیاستومی و ماسک و cpap و -

- جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج

- انجام ساکشن، دفعات، ترشحات و بوی آن در صورت امکان

- صدهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان عمل یا پیشرفت بیمار

۳- ثبت در سیستم C.V (قلبی عروقی) :

- تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون (درحالت نشسته، خوابیده) محل گرفتن BP نوار قلب/

مشخصات EKG

- مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، لید مانیتور شده

- تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی

- عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج

- داشتن یا نداشتن chest pain

- کاربرد دستگاه فیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مصرف

- نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)

۴. ثبت در سیستم پوستی :

- رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی، ورم ، خراش

- وضع کلی پوست خشک، مرطوب، زخمی ، ترشحات ، نوع آن (پوسته پوسته بودن، گرمی ، سردی و...)

- ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندام های محیطی)

- قوام پوست (خوب، بد) داشتن زخم بسته (رنگ ، محل ، درجه ، ظاهر) اندازه (طول ، عرض، عمق) زمان

تعویض پانسمان، بو، رنگ نوع داروی شستشو

- ترشحات و التهاب

- داشتن بخیه ، کشیدن آن

- تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بسته، کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ ، توجه به تغذیه ، حمام و شستشوی پوست

۵. ثبت در سیستم G.U (ادراری، تناسلی)

- رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی + علائم و نشانه ها، (مانند تکرار ادرار، هماچوری ، قطره قطره آمدن ادرار، دردناک، کف چرک در ادرار، استعاع مثانه و...)

- داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی

- انجام مراقبت در خصوص کانتراهای (فولی، سوپراپوبیک،...)

۶. ثبت در سیستم GI (سیستم گوارشی)

- اشتها، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی علایم و نشانه (مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت) نوع رژیم غذایی،
- داشتن یا نداشتن NGTube و ژژنوستومی، کلستومی تیوب و - زمان و تاریخ گذاشتن، تعویض یا قطع TPNLNGTube
- داشتن یا نداشتن مدفوع / کیفیت / رنگ / بو / شکل مدفوع / نوع اسهال
- داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- توجه مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیرطبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات
- داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و...
- مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...

۷. ثبت در سیستم **MUSCLESKESKELETAL/ACTIVITY** (عضلاتی - اسکلتی)

- رنگ اندام های محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی، مفاصل، تعادل در راه رفتن، برداشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی، حرکات غیرطبیعی اندام ها
- داشتن حس و حرکت اندام های محیطی، فلج و سستی اندام ها، محدودیت حرکتی اندام ها
- تحرک فعال یا غیرفعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن، توالی رفتن، خوابیدن، لباس پوشیدن)
- داشتن یا نداشتن کشش، گچ
- داشتن درد و بی قراری
- کاربرد وسایل کمکی (عصا و...) پروتز و غیره، عوارض و...

۸. ثبت در سیستم **psychosocial** (روانی - اجتماعی)

- داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی)
- دلیریوم

- ثبت رفتار نامناسب بیمار
- اضطراب، وسواس، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس
- افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار
- داشتن نقش های اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران
- اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمه زدن به دیگران و خود
- داشتن پاسخ کلامی مناسب

گزارش نویسی گام به گام :

۱. گزارش بدو ورود:

- ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای دارد. پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.
- شرح حال : شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مشکلات بالقوه و موجو و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را در بر دارد.
- سابقه بستری ، عمل جراحی ، سابقه خانوادگی
- نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک
- ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید بگونه ای مطلوب گزارش گردد.
- ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها، گرافی ها، مشاوره ها و EKG ، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.

۲. گزارش قبل از عمل :

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و...)
- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل
- ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید GCS
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، لوله تراشه و...)
- ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- آمادگی انجام شده (انما، شیوه،...)
- در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می شود.
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات وفق با قید ساعت و تاریخ

۳. گزارش ریکاوری :

- ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل
- وضعیت عمومی بیمار (استفراغ و خونریزی و...) با قید ساعت، نام و امضای پرستار
- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه، مثل : NGT (FC) ، لوله تراشه، چست تیوب ، وزنه ،هموواک و...)
- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار با درخواست
- ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.
- ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد.
- در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگارد، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

۴. گزارش بعد از عمل :

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت وضعیت عمومی با قید VIS 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 اداری در ساعت اولیه
- ثبت اقدامات انجام شده مقابل پیگیری
- ثبت روزهای بعد از عمل بعد از تاریخ روز عمل در محل های مربوطه (مخصوص شیشه های ICU)
- در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دقت 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.

۵. گزارش ترخیص :

- کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضا شده باشد.
- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه
- آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، یملفت و غیره)
- آموزش ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت ، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کند.
- روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی
- دادن برگه خلاصه پرونده
- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند تکمیل فرم مخصوص الزامی است.
- در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری- شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک، بیمار را تحویل داده اید و در صورتی که تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

۶. گزارش فوتی :

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی ، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ثبت ساعت بدحال شدن (در موارد ناگهانی)
- ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت توسط پزشک مربوطه صادر گردیده و یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد).
- در مورد فوت نوزاد جنس، آپگارد زمان تولد یا مرده به دنیا آمده، سن جنین
- 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 و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور در چندین قسمت با برچسب های مختلف چسبانیده شود.

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

۱. گزارش تعویض شیفت :

- یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است.

- راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند.

- در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشدار دهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد. با توجه به این امر که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی دارند این مسئله مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.

۲. گزارش تلفنی - دستورات تلفنی tell orders

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

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

- وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.

- دستورات تلفنی بایستی توسط پرستار تکرار واضح گردد و پرستار دوم در دسترس باشد و تکرار دستور را بشنود.

- سپس پرستار دستورات پزشک را در برگه دستورات پزشک به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آن را امضاء کند و پرستار دوم نیز به عنوان شاهد آن را مهر و امضاء کند و ظرف ۲۴ ساعت به مهر و امضای پزشک معالج برسد.

۳. گزارش انتقالی

گزارشی است که هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبت های انجام شده بدهد پرستار به ترتیب موارد زیر را هنگام ارائه گزارش انتقال باید مورد توجه قرار دهد:

- نام؛ سن، نام پزشک معالج و تشخیص های پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال

- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
- برنامه مراقبتی در حال حاضر و خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
- هر نوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
- وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)
- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

۴. گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان

هدف از گزارش حوادث، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود. پرستاران موظفند با سیاست ها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.

به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود. (توصیف دقیق واقعه)

هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.

برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.

حادثه باید هر چه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.

گزارش حادثه باید در فرم مخصوص نوشته شده به دفتر پرستاری یا دفتر بهبود کیفیت ارسال گردد.

زمان حادثه، زمان اطلاع به پزشک مسئول، زمان ویزیت بیمار توسط پزشک ثبت شود.