

گزارش نویسی در پرستاری

تهیه و تنظیم: پریسار سولی

سو پروایزر آموزشی

بیمارستان شهید بهشتی

: ارتقاء سطح علمی و عملی فراگیران در خصوص اصول گزارش دهی و گزارش نویسی در پرستاری به منظور پیگیری روند مراقبت و مواجهه با قانون

: رشته های شغلی پرستاری و بهیاری

6 :

سرفصل های آموزشی:

مقدمه ای بر گزارش نویسی

تعریف و اهداف گزارش نویسی

کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

روشهای گزارش کلامی پرستاری

ثبت پروسیجرها

فلوشیت و نوشتن گزارش در بخش ویژه

■ CNS ()

■ RESP (تنفسی)

■ C.V.S ()

■ SKIN ()

■ GU (تناسلی)

■ GI ()

■ MUS . SK /MOVMENT (عضلانی-اسکلتی)

■ PSY . SOC (روانی-اجتماعی)

44 نکته مهم در گزارش نویسی

توصیه های لازم برای پیشگیری از خطا و اشتباه

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

حضرت علی () می فرمایند : با نوشتن پایبند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی

. 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

گزارش نویسی باید بدانیم که موضوعی معنوی عبادی و مقدس است به جرات می توان گفت که یکی از مهمترین پرونده بیماران گزارش پرستاری میباشد گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس میکند. بیان ارزش گزارش پرستاری میتوان به موارد زیر اشاره کرد :

1. نافذ ترین 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 میباشد.
3. سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و...
- 4.

گزارش تا حد زیادی بازتاب کیفیت کاری است که از آن خبر می دهد و نیز بیانگر شخصیت کسی است که آنرا نوشته . 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 (*Observation*) و سیر بیماری (*progress note*) مناسب توسط پزشک و (*Nurse record*) مناسب توسط پرستار داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می

تعریف گزارش نویسی

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

اهداف گزارش نویسی

- 1- اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود بوسیله گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند .
- 2- : ارشادات بیمار ، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص ، ارتباط علائم با هم ، موفقیت یا عدم موفقیت درمان به دانشجویان حرف پزشکی می دهد.
- 3- تحقیق : گزارشات منبعی برای جمع اوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری ، عوارض ، استفاده از درمان یا ی و عوارض دارویی می باشد .
- 4- نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات ، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد .
- 5- تهیه صورت حساب مالی : از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات ، صورت حساب مالی بیمارستان در

می شود

6- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار : با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری ، استراتژیهای درمان پی گیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتهای انجام می شود.

7- گزارش نویسی مهارتهای تفکر را در دانشجویان تقویت می کند

کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

1- **جنبه های قانونی ثبت :** به عنوان یک حرفه در قبال ارائه خدمات خود باید پاسخگو باشد و مسئولیت

پذیری و اصل عدم آسیب رسانی به بیمار را در حین مراقبت مد نظر داشته باشد. از جمله مسئولیتهای سنگین این شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن می باشد که کوچکترین خطا و سهل انگاری در

آن می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد. یادداشتهای و گزارشات پرستاری می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد . - سهل انگاری در اقدامات صحیح - کوتاهی در دادن

گزارش به پزشک - عدم ثبت اقدامات و فعالیتهای انجام شده ، قصور محسوب می شود. گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستمهای درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار - حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است.

2- **جنبه حقوقی ثبت :** امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از محتویات پرونده . اعتقاد دارند که نه تنها بیمار باید به پرونده خود دسترسی داشته باشد بلکه باید بتواند صحت اطلاعات مندرج در آنرا کنترل کند.

3- **جنبه های ارتباطی ثبت :** گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است .

4- **جنبه های درمانی ثبت :** پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبتهای انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود بسیار با اهمیت است.

5- **جنبه های پیشرفت بیماری :** سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده آسانتر خواهد بود .

6- جنبه تحقیقاتی ثبت: گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است .

7- جنبه های آموزشی دانشجویان : هدف دیگر گزارش پرونده بیماران ، آموزش دانشجویان رشته های مختلف بهداشتی است.

8- جنبه های رسیدگی یا نظارت :

نظارت ممکن است جزئی یا کلی باشد که در نظارت جزئی نحوه مراقبت از بیمار معین ارزیابی میشود و

در نظارت کلی با مطالعه چندین پرونده در یک بیمارستان در مورد کیفیت مراقبتهای آن بیمارستان قضاوت میشود

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت 6 نکته زیر ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

1- حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید. بهیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

- گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.
: بیمار افسرده به نظر می رسد.

2- در گزارش نویسی

بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

:

گزارش صحیح: بیمار 360 cc مایعات ()

: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm

: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (*Abbreviation*) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید.

استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید. در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است. ش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز د حیطة کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست. عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، تاریخ

3- کامل بودن گزارش:

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید. در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

4- پویا بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد. تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد. فعاليتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

1. علائم حیاتی
2. تجویز دارو و اقدامات درمانی
3. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
4. تغییر در وضعیت سلامت
5. پذیرش، ترخیص یا مرگ بیمار
6. درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

5- سازماندهی : اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای

6- کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

روشهای گزارش کلامی پرستاری

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می
پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه
فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.
چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می ش :

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. گزارش تعویض شیفت | <i>change of shift reports</i> |
| 2. گزارش تلفنی | <i>Telephone reports</i> |
| 3. گزارش انتقالی | <i>Transfer reports</i> |
| 4. گزارش حوادث اتفاقی | <i>Incident reports</i> |

گزارش تعویض شیفت

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در
راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد.
یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از 30 دقیقه تا 45 دقیقه متغیر بوده است.
گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، از ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت
بیماران داده شود.
مزایای راند بالینی:

- 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 هشداردهنده ای از سوی بیما یادآوری گردد.
- با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش
تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.
- در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت
سبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می
دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید
اطلاعات صحیح است اطلاعات دقیق است. زمان برقراری تماس تلفنی، نام و
سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده اطلاعات داده شود و اطلاعات گفته شده ثبت

10:22 pm مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره 302 :

داخلی را 2, 3 میلی اکی والان گزارش نمود.

تاریخ،

دستورات تلفنی:

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 تکرا پزشک را در فرم خاصی به عنوان نمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند و پرستار دوم نیز به عنوان شاهد آنرا مهر و امضاء کند. 24 مهر و امضای پزشک معالج برسد.

بهرتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.

نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

- * چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتما سوالاتی را از پزشک مطرح نمایید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- * بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمایید.
- * هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید.
- * تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمایید. بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمایید.
- * دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط 2 تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می

گزارش انتقالی:

در موارد خاص جهت پیگیری، تشخیص و اقدامات موثر بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود. هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

1. نام بیمار، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
 2. سیر بیماری
 3. وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، انی و اجتماعی)
 4. تشخیصها، مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی پرستاری
 5. هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
- پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان (موسسه درمانی):

- گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:
1. توصیف دقیق واقعه
 - 2.
 3. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
 4. زمان اطلاع به پزشک مسئول
 5. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک

6. بها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

ثبت پروسیجرها

اکسیژن تراپی

دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی) _ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی _
اکسیژن درمانی _ میزان اکسیژن درمانی _ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

ناحیه زخم
نزدیک بودن لبه های زخم وجود یا عدم وجود ترشح رنگ و نوع و میزان ترشح
واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی
توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن نگی تحمل بیمار به پانسمان و داروهای بکار برده شده، داروی بکار

: پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی -
مشکلی ندارد. بخیه ها سالم است، با نرمال سالیین شستشو داده شد و پانسمان استریل 4&4
تعویض پانسمان ، علائم و نشانه های عفونت به بیمار داده شد و بیمار آن را تکرار کرد.

سایز سند
حجم مایع مورد استفاده جهت
فیکس کردن بالون حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه
محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

NGTUBE

:
_ دلایل لوله گذاری معده _ :
_ حجم مایع موجود در معده قبل _
_ رنگ ترشحات برگشتی از معده _ واکنش مد
: :
_ دلایل لاواژ
واکنش مددجو

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس) زمان شروع احیاء قلبی و ریوی **CPR** ریتم قلبی در زمان شروع دار
درمانی و پس از اجراء دارو درمانی ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی **ABG** تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به

دیفبریلایسیون دارودرمانی(نوع و دز و زمان و اسم فردی که دا
مردمکها افراد عضو تیم احیاء
ای بیمار تجویز و تزریق می نماید، واکنش
CPR

گزارش درد و دارو درمانی

_____:

- کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده
- : شدید: 8-10 4-7 خفیف: 1-3
- ---0-----1-2-3-----4-5-6 -----7- 8 -----9-10----
- درد بسیار شدید شدید خفیف
- :

- عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده
- واکنشهای رفتاری مددجو
- آشکارسازی فیزیولوژیکی تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون

دارو درمانی :

- اسم دارو و شکل دارو و م
- مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز
- داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو
- تزریق عضلانی و : مکان تزریق
- تزریق داخل سیاهرگی: **IV Line**
- تزریق زیر : دز مصرفی جهت تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق
- اشتباهات دارویی : گزارش اشتباه و دز و روش تجویز و زمان و فرد و حذف دز و داروی
- تاریخ گذشته و طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار

گزارش درمان داخل وریدی

تاریخ و موضع وارد نمود ، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین ، میزان قطرات و حجم سرم
انفوزیون شده، در صورت تغییر محل آنژیوکت علت تغییر محل و یا عوارض مایع درمانی و موارد آموزش داده شده به
بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN)

سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر.

گزارش مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، لیدهای استفاده شده، ریتم های خوانده شده

12/45 : مانیتور بیمار ریتم سینوسی با PVC $HR=150$. بیمار شکایت از درد قفسه سینه و تپش .
 اکسیژن 2 لیتر از طریق لوله بینی برای وی گذاشته شد. $BP=170/80$ ، نوار قلبی گرفته شد به دکتر
 حسینی اطلاع داده شد. $5Mg$ مرفین داخل وریدی ساعت 12/50 تزریق شد. نمونه خون از نظر الکترولیت ها چک
 . ریتم سینوسی با pvc درد قفسه سینه .
 -کریمی مهر-

گزارش ترانسفوزیون خون

✓ فرم درخواست خون سه برگی می باشد که مشخصات آن بایستی به طور کامل
 و صحیح و دقیق پر شود . ثبت ترانسفوزیون ها و حاملگی های قبلی در فرم درخ
 خون را موظف به جستجوی آنتی بادی های ناخواسته در خون بیمار می کند
 ✓ نمونه گیری از بیمار : ابتدا نام بیمار را پرسیده و سپس از وی خونگیری به عمل می آید، بعد از ریختن نمونه
 خون در لوله آزمایش نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، نام بخش شماره اتاق و تخت بیمار را به طور
 واضح روی برچسب لوله بنویسد.
 ✓ دریافت خون از بانک خون بیمارستان: مشخصات روی کیسه خون را با فرم درخواست خون چک کرده و بعد از
 اطمینان از انطباق با مشخصات بیمار، محتوی کیسه خون را از نظر سردی ، وجود لخته، همولیز، تغییر رنگ و
 خون از کیسه بررسی کنید و موارد غیر طبیعی را بلافاصله گزارش کنید.
 ✓ تزریق خون: مواردی که باید حین تزریق در کارت شناسایی یادداشت گردد شامل: تاریخ تزریق ساعت تزریق
 تعداد واحد خون یا پلاسما مصرفی شماره کیسه های مصرفی . علایم حیاتی بیمار طی زمان تزریق

✓ نکات مهم حین تزریق:

- 1- حداکثر مدت زمان تزریق خون 4 ساعت می باشد
- 2- تشخیص هویت دقیق بیمار و کیسه خون
- 3- قرار دادن صحیح سوزن تزریق در رگ
- 4- استفاده از ست فیلتردار
- 5- مراقبت متناوب از بیمار
- 6- در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از انجام اقدامات لازم در گزارش پرستاری تاریخ و
 ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون یا فراورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف خون، درمانهای
- 7- کنترل علایم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون) نسفوزیون خون
- 8- همه محصولات خونی (خون کامل ، گلبول قرمز متراکم ، پلاکت ، FFP ، کرایوپرسیپیتیت ، محصولات لیوفیلیزه)
 باید با ست فیلتردار تزریق شود.
- 9- در هر تزریق باید رگ مناسب آنژیوکت مناسب ()

10- در موارد روتین (غیر اورژانس) خون کامل و یا گلوبول قرمز متراکم معمولاً در یک یا دو ساعت تزریق می شود ، (4-5 ml/kg/h) و بیش از 4 ساعت نباید طول بکشد (در موارد اورژانس خون را با هر سرعتی می توان تزریق کرد) .

11- یکی از مهمترین و حساس ترین و نقطه عطف تزریق خون تعیین هویت بیمار و انطباق آن با کارت شناسایی و فرم درخواست خون و کیسه خون درست قبل از تزریق خون می باشد .

12- از دیگر نکات با اهمیت حضور پزشک معالج بر بالین بیمار می باشد .

15 دقیقه اول که بیش از 90% عوارض حاد رخ می دهد باید تزریق آهسته باشد (2-3 ml/kg/h) و کنترل علائم زیر که از مهمترین نشانه های واکنش همولیتیک می باشد می تواند در شناسایی زودرس آن کمک کند .

فلوشیت و نوشتن گزارش در بخش ویژه

با توجه به تنوع بخش های ویژه ترتیب نوشتن گزارش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز انتخاب شده است .

■ CNS ()

■ RESP (تنفسی)

■ C.V.S ()

■ SKIN ()

■ GU (تناسلی)

■ GI ()

■ MUS . SK /MOVMENT (عضلانی-اسکلتی)

■ PSY . SOC (روانی-اجتماعی)

تعیین مشکل ← ← ← نتایج ← ← ← پیگیریها ← ← ← ثبت داده ها و آموزش و غیره در کلیه سیستم ها

1- ثبت در سیستم CNS ():

سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو GCS

اندازه مردمک ها و واکنش به نور

آگاهی به مکان، زمان و اشخاص

صحبت کردن، درک، فهم

داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان

بررسی حافظه

بررسی حس و حرکت اعضای بدن داشتن پاسخ کلامی مناسب

بررسی مشکل، تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده ، نتایج بدست آمده، اقداماتی که باید پیگیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ، فرد انجام دهنده .

2- ثبت در سیستم *RESP* (تنفسی):

Rrtraction, داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب، داشتن بوی

وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی، *Rate TV MODE I.E RATIO PAWP PEEP Fio2* (...)

میزان دریافت اکسیژن (*l/min*) بوسیله *ETT*، تراکیاستومی، ماسک، *CPAP* ...

جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج

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

ای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان تحمل، یا پیشرفت بیمار

بررسی و ثبت مسائل غیر طبیعی، نتایج آزمایشات، گرافیکها

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

انجام پروسیجرهای تشخیصی، درمانی و نتایج آن (*CPCR*/زمان صدا کردن، زمان شروع، زمان اختتام،

اقدامات، داروهای مصرفی، نتایج)

آموزش، مشاوره ها، اقدامات، نتایج.

3- ثبت در سیستم *C.V* (قلبی عروقی):

BP تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون (در حالت نشسته، خوابیده)

ECG / (*Duration Interval*....)

مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، مقادیر مانیتور شده، لید مانیتور شده

مقدار داروهای دریافتی، نتایج و عوارض

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

کاربرد دستگاه دفیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مص *Setup* واقدمات تیم *CPCR*

داشتن یا نداشتن *chest pain* (نوع، انتشار، مداخلات و نتایج)

کاربرد دستگاه های *VAD[1]&IABP[2]* (تمییزی محل، تغییر رنگ پوست، گرمی پوست، داشتن نبض، قرمزی و

التهاب، ترشحات و خونریزی از محل.

نمونه های خون گرفته شده، جواب آزمایشات و گرافی ها

پروسیجرها (آمادگیهای قبل و بعد از آن)

داروهای مصرفی-عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده

ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج

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

کاربرد وسایل، داروها، و اقدامات ضر تشکیل لخته، (مانند کاربرد تورنیکت، جورابهای ضد آمبولی و داروها)

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

کلیه مراقبتهای پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتایج.

4- ثبت در سیستم پوستی

رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی، ورم و خ
وضع کلی پوست، خشک، مرطوب، زخمی، ترشحات، نوع آن (پوسته پوسته بودن، گرمی - ...)

(ورم کل بدن، دور چشم، اندامهای محیطی)
()

() () ، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ، نوع داروی

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،

گرفتن نمونه جهت کشت، جواب و اقدامات

دادن حمام، شستشوی پوست و غیره.

5- ثبت در سیستم *G.U* (ادراری تناسلی):

وضع ظاهری اندام های تناسلی-ادراری، و یافته های غیر طبیعی
رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی+ (مانند تکرر ادرار، هماچوری، قطره قطره
دردناکف چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراری و غیره)
خارش، ترشحات بدبو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، مشکلات درارتباط با عملکرد جنسی
داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی، اقدامات انجام شده
نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژینال، معاینه واژن و ...

انجام مراقبت در خصوص کاتترها(فولی، سوپراپوبیک، *Self catheterization* ...)

چک جذب و دفع بیمار (سی سی در ساعت)، دادن مایعات *free* جایگزینی مایعات خون و فراورده های خونی و نوع
واکنش به آن

تزریق *IV* و تعویض محل آن، نوع و *GAGE* آنژیوکت و غیره، تعویض پانسمان و علائم و عوارض (نظیر نشت مایعات
به زیر پوست) درآمدن فولی و غیره

زمان شروع و قطع مایعات و وسایل و ذکر علت.

کاربرد *TPN* خاص مربوط به آن و بررسی علائم عفونت

6- ثبت در سیستم *GI* (سیستم گوارشی)

NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی

علائم و نشانه ها) ، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت، آروغ)

نوع رژیم غذایی، داشتن یا نداشتن *NGTube* و ژژنوستومی، کلهستومی تیوب و...

زمان و تاریخ گذاشتن - تعویض یا قطع *TPN/NGTube*

داشتن یا نداشتن مدفوع/کیفیت / / کل مدفوع/

داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده

توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات

داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس *gag* ...

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

تزریق خون و فراورده های خونی

اقدامات تشخیصی، درمانی، (آمادگیها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها) و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک

...(تنقیه و کولونوسکوپی)

مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...

کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبت های خاص

مراقبت های پرستاری انجام شده، نتایج (زمان، فرد انجام دهنده، شرح پروسیجر، آزمایشات، نتایج و اقدامات و...)

7- ثبت در سیستم *musculoskeletal/activity* (عضلانی-اسکلتی)

رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پر شدگی

مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندامها

داشتن حس و حرکت اندامهای محیطی، فلج و سستی اندامها، محدودیت حرکتی اندامها

تحرك فعال یا غیر فعال یا عدم تحرك و عوارض ناشی از آن

توانایی انجام کار یا فعالیت های (راه رفتن، غذا خوردن، توالی رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن،

لباس پوشیدن)

دلشتن یا نداشتن کشش، گچ، (خشک یا تر بودن گچ)

تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و شدت آن

داشتن درد و بی قراری

کاربرد وسایل کمکی (.. پوشیدن بریس و غیره، عوارض و...)

8- ثبت در سیستم *psychosocial* (روانی-اجتماعی)

داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری،

بویایی)

دلیریوم-ثبت رفتار نامناسب بیمار یا حملات وی، حافظه

، و سواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس
افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار
داشتن نقشهای اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران
اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمکا زدن به دیگران و خود
داشتن پاسخ کلامی من
مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاری و پزشکی انجام شده (روان درمانی، پسیکو تراپی) *ECT*
مختلف بکار گرفته شده.

9- Teaching

نیازهای آموزشی بیمار، برنامه ریزی برای آموزش، کاربرد وسایل سمعی و بصری مختلف
فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده ... ()
بکار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فراگیر باشد (نشان دادن، بیان کردن، بکار بردن
صحیح وسایل)
تاکید بر علایم و نشانه های مهمی که نیاز به گزارش پزشک دارد.
آموزش در مورد داروهای مصرفی، اثر، عوارض و اقا ...
دادن وسایل و موارد آموزشی به بیمار (حرکتی، غذایی و ...)
آموزش در مورد محدودیت های خاص

44 نکته مهم در گزارش نویسی

- 1- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید. دقت کنید مشخصات بیمار در بالای برگه گزارش پرستاری توسط منشی بخش کامل باشد.
- 2- به منظور عدم اتلاف وقت، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
بین المللی استفاده کنید.
- 3- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- 4- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید. 1
13:00
09:15 ن د هید .
- 5- جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید. و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه به صورت واضح و خوانا ثبت شود.
- 6- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید، تعداد و آهنگ ضرب
بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید. و در صورت استفاده از هرگونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور،

مانیتورینگ، ضربان ساز و...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات را یادداشت کنید و وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.

7- بیانات و نشانه هایی که بیمار بیان کرده با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

8- مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول شیفت است.

9- در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشد را با ذکر علت آن ثبت نماید.

10- در صورت ندادن دارو به هر علت در گزارش پرستاری به طور واضح قید گردد. (دستور پزشک مربوطه، موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار بیمار و...)

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

12- کلیه اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.

13- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبتهای خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام با گزارش نویسی کنید. و بروز هرگونه موارد غیر طبیعی در 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.

14- با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان (شروع ، ادامه ، قطع دارو و یا اعمال جراحی و...) کمک کننده باشد حتماً گزارش نمائید.

15- ش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده باشد شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود، (با پای خودش، برانکارد، ...)(وضعیت هوشیاری، علایم حیاتی، و سایر موارد مهم مشاهده شده را ثبت کنید. 115

16- با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.

17- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.

18- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را مت نمائید. و در برگه آزمایش نیز نام فرد اطلاع دهنده و ساعت اطلاع به پزشک مربوطه را ثبت کنید.

19- در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ با ز دارد، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه ، تنظیم و کنترل نمائید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید

20- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات **I&O** دارد ضروریست پس از محاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات و همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی به طور دقیق

در فرم کنترل جذب گزارش پرستاری ثبت نمائید . " 24 (I&O) نیز توسط شبکار کنترل جذب و دفع و در برگه چارت علائم حیاتی نیز ثبت شود.

21- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستار در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید .

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

23- ش احیاء قلبی ریوی باید به طور کامل با ذکر کلیه مراحل احیاء از زمان اعلام کد **CPR**

24- از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.

25- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.

26- **دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:**

26-1 ■ بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خو

26-2 ■ در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید :

26-3 ■ تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

27- گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید. مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:

27-1 ■ ش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه شده

27-2 ■

27-3 ■ حذف نکات مهم گزارش.

27-4 ■ ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.

27-5 ■ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.

27-6 ■ تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.

27-7 ■ گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها و نوشتن به جای فرد دیگر و نوشتن نکته فراموش شده داخل ابرو

27-8 ■ اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین

28- " در گزارش مراقبتهائی را که خود ارائه نموده اید و یا برای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید. و اقداماتی

که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید.(آمدگی جهت انجام آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و...)

29- از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.

30- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.

31- در صورتیکه بیمار شفاه "مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاً" گزارش نمائید.

32- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار (یا صفات ناخوشایند) بپرهیزید.

33- اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقاً" ثبت نمائید .

34- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید.

35- از انتقاد سایرین در گزارش پرستاری خودداری کنید.

36- اطلاعاتی که از خودتان به پزشک معالج گزارش می کنید (حضور یا تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

37- در بین، ابتدا و انتهای گزارش خط خالی نگذارید.

38- در پایان گزارش از مهر نظام پرستاری یا مهر بخش استفاده کنید.

39- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آن داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک اجرا گردد.

40- ثبت هرگونه حادثه یا اتفاق که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و...)

41- آموزشهای ارائه شده را اعم از آموزش مستقیم، ارائه پنفلت آموزشی را ثبت کنید.

42- در صورتیکه بیمار شفاهاً مسئولین درمانی را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش کنید.

43- گزارش یک واقعه را بطور کامل ثبت کنید .

44- برای دستورات مبهم و اشتباه، تهیه و وضع خط مشی های مخصوص بیمارستان جهت مراجعه پرستار در مواقع ضروری ، عقلی ، منطقی و اخلاقی است .

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه :

1- دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و بیمارستانها حق ندارند از دانشجویان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.

2- هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمرو تعیین شده برای پرستار ، نباید توسط وی انجام شود.

3- بهداری بیماران ناتوان و نابینا و سالمند باید از محدود کننده های فیزیکی استفاده کنند.

4- برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار مطمئن و ایمن و سالم هستند.

5- وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شوند و به سرپرستار و مقام مافوق کتبا گزارش شوند.

6- در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد ، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود .

7- هر گونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته و کتبا گزارش شود .

8- بیماران مرتب کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.

9- شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کرد.

10- اولین وظیفه پرستار حمایت از بیمار است اگر به نظراتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشک گزارش دهید ، در این امر درنگ نوزید (خواه نیمه شب ، یا وسط روز) .

11- از بکارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید .
دگاه پرستار را مجرم میشناسد.

12- گر در دستورات پزشک جای سوال است، نمیتوانید آنرا بخوانید، ناکامل است و یا احتمال میدهید به بیمار آسیبی ، در اطمینان از صحت آن بکوشید .

13- به منظور حفاظت خود ، تمام تماسهایتان با پزشک را ثبت کنید (با تاریخ و ساعت) .

14- اگر شما به عملکرد سو یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید ، در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت میشود.

15- اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی اسناد و مدارک بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد .

- 16- در دادگاه فرض بر اینست که اگر چیزی نوشته نشده باشد ، یعنی انجام نشده است .
- 17- خطاهای دارویی ، سقوط ، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن گاز و وسایل در بدن بیمار ، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ، مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستار هستند.
- 18- هیچگاه از بحث در باره نکات ضعف خود با مافوق نهراسید ، مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید ، نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.
- 19- هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص .
ی تنها پزشکان حق اینکار را دارند (رو در بایستی ممکنست به بیمار آسیب برساند) .
- 20- وقتی بیمار از شما میخواهد که نظرتان را در باره درمان او اظهار کنید ، از قبول آن سرباز زنید و از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال میرود بیمار از آن دریافت سو کند ، اجتناب کنید.
- 21- هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب ، آن را امضا نکنید .
- 22- کمبود امکانات اعم از تجهیزات ، نیروی انسانی و.. را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید ، بصورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگه دارید .

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- 1.
2. محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
3. محتوی ناقص یا بی ثبات
4. محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
5. ایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
6. وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
7. امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
8. تحریف گزارش
9. وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- 10.
11. درهم برهمی و کثیفی گزارش
12. جا افتادن تاریخ و زمان و گ
13. رونویسی اشتباهات
- 14.
15. لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- 16.

-
1. پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.
 2. اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
 3. جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند
 4. چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده
 5. تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
 6. ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
 7. ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
 8. توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
 9. از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
 10. در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
 11. انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید
آن نوشته را بگیرید.

- بشارتی، افسانه. فلوشیت و نوشتن گزارش پرستاری در بخش های ویژه. دانشگاه علوم پزشکی - پرستاری و مامایی استان شیراز. 1387.
- نعیمیان، علیرضا. گزارش نویسی در پرستاری. دفتر پرستاری بیمارستان هاشمی نژاد مشهد. 1386.
- ورقابی، افخم. گزارش نتویسی اصولی در پرستاری. مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز. 1383
- پرویز. . . : نشر فراغی . . . 1381.