

کنفرانس علمی یکروزه گزارش نویسی در پرستاری ۲۰ مرداد ۱۴۰۰

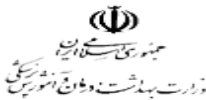


8BeheshtGroup.com

لمضات شادی خدا را ستایش کن، لمضات سختی خدا را جستجو کن،
لمضات آرامش خدا را مناجات کن، لمضات دردآور به خدا اعتماد کن
و در تمام لمضات خداوند را شکر کن.

When it's your red color day, pray to God
When in hardship, seek God
When in peace, whisper to God
And at all times, thank God

دستور العمل مستندسازی پرونده پزشکی



دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

معاونت درمان
واحدیت پرستاری و مراقبت های بهداشتی
گروه مدیریت داده ها و اطلاعات درمان



کد دستورات عمل کشوری: م سپ - ۲ - ۶۶/۶/۱۶
نسخه
دکتر محمد جعفری آقاچانی - دکتر محسن دهر
محل تایید:

دکتر محمد امین کبکی - گروه داخلی پزشکی - دکتر قاسم همتی - مسوداچاری دارآباد - دکتر زهرا صیادی - دکتر احمد کبکی - محسن مبین - دکتر محمدجواد مبینی
محل تایید:

زحمه کوی - دکتر کهنی - بنیامین سارودی - دکتر مهناز مصطفی کعب - سارا اسکری - سعید آقاچانیان - شهید زبانی - دکتر محمدجواد عظیمی - صلیب ایلانی - زهرا حسد - مهناز حسد
شماره: ۱۳۹۶

آدرس: تهران - شهرک فرهنگیان - فرزند اوی - ایچ کسب شوقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - پلاک ۱۰ - طبقه ۱۰ - پلاک ۱۰۰
آدرس اینترنتی: <http://medicare.behdast.gov.ir> - پست الکترونیک: HIM@health.gov.ir

چرا گزارش می نویسیم؟



▶ فصوصیات یک گزارش علمی و صصیح

▶ رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صصیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

▶ ۱. حقیقت **Actuality**

▶ ۲. دقت **Accuracy**

▶ ۳. کامل و مقتصر **Completeness and Concise**

▶ ۴. پویا **Current**

▶ ۵. سازماندهی **Organize**

▶ ۶. محرمانه **Confidential**



خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح



■ **مقیقت در گزارش نویسی**

▶ گزارش صحیح بایستی مقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی درباره پدیده های باشد که مستندساز می بیند، می شوند و احساس می کند. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا فودداری نمایید. بهیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، **ظاهرا و ممکن است** استفاده نکنید.

▶ مثال:

▶ گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهاى خوبی به غذا ندارد.

▶ گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح



- **دقت در گزارش نویسی**
- موارد ثبت شده درمورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضا تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
- مثال :
- گزارش صحیح: بیمار 360 cc مایعات (آب) مصرف نموده است.
- گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.
- گزارش صحیح : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm طول دارد.
- گزارش غلط: زخم نامیه شکم بزرگ و شکافدارمی باشد.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح



- **دقت در گزارش نویسی**
- **- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation غیراستاندارد جدا فودداری نمایید. علائم اختصاری 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 پارت 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.**
- **پنانچه گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد قانون دانان نیز در میطه کاری فود 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**



خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

کامل و مختصر بودن گزارش

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

گزارش مختصر	گزارش طولانی
انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید. نبض روی پای چپ قوی، + 4 دو طرفه و بدون التهاب است.	انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.





خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

پویا بودن گزارش :

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تأخیر انجام شود. تأخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی شود و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تأخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تأخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تأخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد. تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده ی باری صورت گیرد.

فعاليتها و وقایعی که بایستی بطور باری و بدون وقفه ثبت گردد شامل :

۱. علائم حیاتی

۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی

۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی

۴. تغییر در وضعیت سلامت

۵. پذیرش، انتقال، ترفیص یا مرگ بیمار

۶. اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح



✓ **محرمانه بودن گزارش :**

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



- **ثبت بر اساس سیستم مشکل-مداخله-ارزیابی یا PIE**
Problem- Intervention- Evaluation (PIE)

این سیستم بر پایه مشکلات مددجو و اطلاعات به دست آمده از وی، سازمان یافته است. در این سیستم برنامه های مراقبتی همراه با سیر پیشرفت و مشکل تعیین شده ثبت می شود.

مشکل P: در شروع هر نوبت کاری از مددجو بررسی کامل به عمل می آید. سپس مشکلات مددجو شناسایی و ثبت میشود.

مداخله I: مراقبتهای پرستاری برای برطرف کردن مشکل مددجو مشخص می شود
ارزیابی E: پاسخ مددجو به معالجه و تدابیر مراقبتی و درمانی، ارزیابی و نوشته می شود.

بیمارستان امام خمینی صومعه سرا

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح



▶ **روشهای گزارش کلامی پرستاری:**

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

▶ **چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:**

▶ **change of shift reports :** گزارش تعویض شیفت

▶ **Telephone reports :** گزارش تلفنی

▶ **Transfer reports :** گزارش انتقالی

▶ **Incident reports :** گزارش حوادث اتفاقی



✓ گزارش تعویض شیفت:

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود. برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، و بر طبق آخرین ISBAR اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی در تمامی موارد CUBAN بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول تحویل کلامی بیمار رعایت شود

ISBAR Identify Situation, Background , Assessment, Recommendation*مدل

۱- **مشخصات (Identify):** شناسایی هویت بیمار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹د/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج.

۲- **وضعیت (Situation):** تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه؛ شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیتهای بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی.

۳- **سوابق (Background):** بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار؛ شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار.

۴- **ارزیابی (Assessment):** نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید؛ ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری.

۵- **توصیه ها (Recommendation):** آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد، با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مانند مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

* اصول CUBAN

۱- اصل محرمانگی : Confidentiality

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV / بیماری های قابل انتقال مانند هیپاتیت/ اختلالات روان / قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری، دختران فراری، بارداری غیر متعارف، زنان رها شده، نوزادان رها شده، خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان، اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.





*اصول CUBAN

۲-توالی و پیوستگی در ارائه گزارش (Uninterrupted):

تحويل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحويل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

۳-خلاصه بودن گزارش (Brife):

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

۴-صحت و دقت اطلاعات (Accuracy):

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحويل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری، سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

۵-پرستار مسئول بیمار (Nurse Named):

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحويل بیمار را انجام دهد.

✓ گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید افرادی مطمئن باشند و اطلاعات واضح، صحیح و دقیق باشد. 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 باید ثبت گردد



ماده ۴: دستورات تلفنی (Tel orders) بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

تبصره ۱-۴: براساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول افذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

تبصره ۲-۴: لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)
- نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور و نام و امضاء پرستار شاهد
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور تلفنی یا شفاهی



اصول کلی

ماده ۵: اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

تبصره ۵-ا: ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به **عهده اولین فردی** می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به **عهده منشی بخش** می باشد.



ماده ۴۱: کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برفی از

عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی

کاربرد نداشته باشند. است در چنین مواردی از واژه "کاربرد ندارد"

استفاده شود. N/A

تیصرہ ۳-۱: مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار؛ از **قاعده رنگ فودکار** مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

טמן

[illegible]

اصول کلی

ماده ۶: کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

تبصره ۱-۶: در گزارش شیفت پرستاری (که باید در انتهای هر شیفت کاری ثبت گردد) اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ... باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

تبصره ۲-۶: هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. همچنین لازم است مستند سازی وقایع بر مسب ترتیب زمان رفتار آنها صورت گیرد.

تبصره ۳-۶: در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد.

تبصره ۴-۶: ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی، غیر قانونی و غیر اخلاقی است.



اصول کلی

ماده ۷: هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. **تایید مستندات** با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، **و مهر و امضاء** صورت گیرد.

تبصره ۷-ا: در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا نماید. این کار می تواند در فرم جدا گانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود.



ماده ۸: کلیه مستندات به **زبان تخصصی** ثبت شود و از به کارگیری **عبارات مبهم**، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و **واکنش بیمار به درمان** مستند گردد.

ماده ۹: در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املاي صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، **اقدامات، حوادث، علت فوت، فاصله ترخیص و شرح عمل جراحی** حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در **اولین ثبت** عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

۲۶

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی
لاله
LALEH HOSPITAL
برگ خلاصه پرونده
UNIT SUMMARY SHEET

Case No: شماره پرونده: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱
Attending Physician: پزشک معالج: دکتر محمد علی
Date of Admission: تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱
Ref: Ref: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱
Address & Phone No: آدرس و شماره تلفن: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۳۹۸

Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: شرح حال بیمار و تشخیص اولیه: **گرفتگی**

Final Diagnosis: تشخیص نهایی: **Stroke**

Medical & Surgical Procedures: اقدامات پزشکی و جراحی: **۴۵**

Results of Periodical Examination: نتایج آزمایشات دوره ای: **good**

Discharge Instructions: دستورالعمل های ترخیص: **استراحت، مصرف دارو، مراجعه به پزشک**

Recommendation after Discharge: توصیه های پس از ترخیص: **استراحت، مصرف دارو، مراجعه به پزشک**

Attending Physician's Name & Signature: نام و امضای پزشک معالج: **دکتر محمد علی**

برگ خلاصه پرونده ۳

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۱: در ثبت عبارت های تشخیصی رعایت نکات زیر ضروری می باشد:

ثبت عبارات تشخیصی (اعم از **تشخیص اولیه، تشخیص های مین درمان، تشخیص نهایی**) در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.

عدم ثبت علائم و نشانه های بیماری ها به عنوان تشخیص در این رابطه ثبت **تشخیص احتمالی** بر ثبت علایم و نشانه ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.



عدم تناقض در ثبت عبارت های تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت گردد.

رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها (به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی از سایر وضعیت ها) **صورت گیرد.**

از **افتصارات غیر استاندارد** برای ثبت تشخیص ها استفاده نگردد.

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۲: عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، باید مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر (در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می باشد، ذکر محل دقیق)، سمت موضع (در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپیک و ...) باشد.



اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی



ماده ۳: در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ✓ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی Ministry of Health & Medical Education University of Medical Science: Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی:			
برگ درخواست مشاوره CONSULTATION REQUEST SHEET			Unit No: شماره پرونده:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Date of Request: تاریخ درخواست:	Consultation Requested With: درخواست مشاوره با:		
Time: ساعت درخواست:			
Kind of Consultation: نوع مشاوره:	Requesting Physician: نام پزشک درخواست کننده:		
Non emergency ☐ غیر اورژانس	Emergency ☐ اورژانس		
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:			
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:			
Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظرات پزشک مشاور (خلاصه نظرات، تشخیص و توصیه‌ها):			
Date: تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضاء:		
طرح استاندارد ملی و بهیبه عنوان مسئول مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۰			
برگ درخواست مشاوره			

ماده ۵: در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

تبصره ۱-۵: لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق **تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک** یا **صرفاً تایید (مهر و امضا)** پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه **"دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد"** قابل انجام است.

تبصره ۲-۵: گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج؛ باید در پرونده بیمار موجود باشد.

۱۰۰

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی



ماده ۶: کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و فدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری یا فدمات تشخیصی فاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش فدمات تشخیصی دریافت می شود، **پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی** را مشخص نموده و به همراه اقدامات انجام شده **دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید.** پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر فدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار

عملکرد غلط	عملکرد صحیح
پاک نمودن مطالب اشیاء یا استفاده از لاک غلط گیر یا محدودش نمودن اشیاءات ثبت.	کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشیاء و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.
ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، عجله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.	ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.
ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.	ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.
در صورت احتمال اشیاء پزشکی در دستورات پزشکی، ثبت عبارت "پزشک اشیاء نموده است".	در صورت احتمال اشیاء پزشکی در دستورات پزشکی، ثبت عبارت "برای روشن شدن دستور یا پزشکی تماس گرفته شد".
ثبت خدمات ارائه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.	ثبت خدمات ارائه شده به بیمار صرفاً توسط ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار. (هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جز مواردی که ارائه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط منبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)
استفاده از عبارات عمومی نظیر «وضعیت بیمار تغییری نکرده» یا «بیمار روز خوبی داشته است» در ثبت گزارش.	ثبت وضعیت بیمار به طور کامل یا جزئیات در گزارش.
ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و یا عجله.	ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

ماده ۱: هر گاه در ثبت پرونده پزشکی فطای رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح فطا دنبال شود:

- دورموردی که اشتباه ثبت شده فطا نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.

تبصره ۱-۱: اگر فطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شده، و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

تبصره ۱-۲: هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

تبصره ۱-۳: لازم است پس از اصلاح فطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح فطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

دستور العمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:

۱- روش تصحیح خطا : هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه ی مناسب تصحیح خطا انجام شود:

- بر روی مورد اشتباه خط نازکی کشیده شود، اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.
- تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.
- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

۲. هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

۳. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

۴- تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید. گزارشات پرستاری را **تحریف**

نمائید

اصول جزئی مربوط به تصحیح فطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

ماده ۲: مستندات از قلم افتاده : مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تأخیر ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

تبصره ۱-۲: ثبت داده ها با تأخیر: لازم است موارد تأخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای فالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه فطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که فطوط فالی موجود در صفحه قبل فط فورده و بسته شوند.

در ثبت موارد تأخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تأخیری" مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویدادی که ثبت تأخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تأخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تأخیر افتاده، ثبت شود.



اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

تبصره ۲-۲: ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: "ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبتهای تافیری هستند که از اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شود. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رفتار فاسی فراهم می کند. از طریق ضمايم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

روش اضافه کردن اطلاعات:

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.

- واژه "ضمیمه/ اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.

- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

۳۶



اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده



تبصره ۳-۲: ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تافیری یادداشت توضیحی می باشد. اینگونه یادداشتهای برای جلوگیری از هر گونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
- واژه "یادداشت توضیحی" ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
- تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حداقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

نکات مهم در گزارش نویسی:

دستورات پزشکی از اولین دستور تا آخر با خودکار قرمز تیک زده شود و تعداد موارد چک شده با حروف نوشته شود، تاریخ و ساعت انجام دستور با نام و امضاء خود در ستون مربوطه ثبت گردد. در صورتی که دستور پزشکی فارسی ثبت شده باشد، عدد را در سمت راست و علامت تیک را سمت چپ ثبت نمایید و بالعکس.

- در **چک دستورات پزشکی** در صورت مشاهده **قلم خوردگی**، تعداد آن با حروف ثبت شود
- دستورات از پایین به بالا کنترل شود شیراز اصفهان تهران - ایران -
- یا از بالا به پایین





نکات مهم در گزارش نویسی:

تا زمان انجام ارزیابی اولیه، ضروری است در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-نتایج حاصل از ارزیابی اولیه و ثبت مشکلات، تشخیص های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت گردد.

-موضوع تغییر پرستار باید در گزارش پرستاری قید گردد. همچنین ثبت گزارش مراقبتها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار، توسط پرستار جانشین انجام شود.



جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. ساعت ۱ بعد از ظهر را به صورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت ۰۹:۱۵ نشان دهید .

در انتهای گزارش پرستاری هر شیفت ، آفرین علایم حیاتی افذ شده، ثبت گردد.

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

- 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 ..)





نکات مهم در گزارش نویسی:

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 و واکنش بیمار) - پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبتهای خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی کنید.

- گزارش پرستاری توسط پرستار ارائه دهنده خدمت ثبت شده است. (براساس دستورالعمل مراقبت موردی case method).

- در گزارش پرستاری از واژه‌های مبهم مثل خوب، نرمال، متوسط، طبیعی، به نظر می‌رسد و... استفاده نشود.

- گزارشات به طور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها وجود ندارد.

پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده که جایی برای اضافه کردن وجود ندارد





-درگزارش پرستاری وضعیت **تغذیه ای بیمار** (نوع ورژیم غذایی و غیره..) ثبت گردد.

-درگزارش پرستاری بیمارانی با دستور کنترل **I&o** ،میزان جذب و دفع ثبت گردد

-درگزارش پرستاری در مورد **وضعیت دفع بیمار** توضیحات کافی ثبت گردد(صورت وجود یبوست یا اسهال ، تعداد دفعات ، رنگ ، قوام و...)

-درگزارش پرستاری وضعیت خواب و استراحت بیمار ثبت گردد

-درگزارش پرستاری وضعیت فعالیت بیمار (**CBR-RBR**) ثبت گردد
کلیه مداخلات **تشخیصی / درمانی / مراقبتی** انجام شده با ذکر ساعت درگزارش - پرستاری ثبت گردد





در ستون دستورات دارویی، در پایان ثبت داروها مهر و امضا نمایید و با **علامت ضربدر** بسته شود.

میزان **سرم دریافتی در ستون داروها به میزان دریافتی هر شیفت**، ثبت گردد. در صورت عدم میزان دریافتی مشخص شده، توضیحات تکمیلی در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- در صورت دستور پزشک جهت **مهار فیزیکی یا شیمیایی** (نوع مهار، زمان شروع، طول مدت مهار، پایش بیمار در طول مهار) ثبت گردد. شرایط بیمار قبل از شروع **مهار شیمیایی** و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت گردد

- ثبت زمان شروع، زمان خاتمه **مهار فیزیکی**، عوارض احتمالی و کنترل سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده در گزارش پرستاری

-

-دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و حق گزارش نویسی ندارند..
اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی، اسناد و مدارک بجا مانده از شما در -
مراقبت از بیمار میباشد -در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد
، یعنی انجام نشده است
در صورت مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار، پرستار مسئول بیمار باید
موارد را در گزارش پرستاری ثبت و در اسرع وقت به مشاور تغذیه اطلاع رسانی
نماید





نکات مهم در گزارش نویسی:

در صورت بروز وقایع نافواسته تهدیده کننده حیات بیمار، نوع و علت حادثه، ساعت وقوع و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درفاوست شده از سوی پزشک در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- ساعت و **تاریخ اطلاع** **علایم حیاتی و نتایج اقدامات تشخیصی** و درمانی غیر طبیعی به پزشک معالج در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- در صورت **ترک با مسئولیت شفصی/ترفص** ، وضعیت بیمار، ساعت و تاریخ و نحوه فروم از بخش در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- **پرستار بانشین** در صورت ارائه مراقبت های پرستاری گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.

- در مواردی که گزارش **به صفحات بعدی** ادامه یابد، انتهای گزارش را در همان صفحه بسته و مهر و امضا نموده و با علامت فلش و ثبت عنوان ادامه در صفحه بعد، **گزارش را در صفحه بعد ادامه داده و فلش را در بالای** برگه ثبت نمایید.

جهت بستن فضای فالی در گزارش پرستاری، **فط صاف کشیده** شود-

- ▶ گزارش وقوع وقایع نافواسته درمانی **Never Events** در بیمارستان (موسسه درمانی):
- ▶ گزارش وقایع نافواسته درمانی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. این گزارش شامل موارد زیر است:
- ▶ ۱. توصیف دقیق واقعه
- ▶ ۲. زمان حادثه
- ▶ ۳. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- ▶ ۴. زمان اطلاع به پزشک مسئول
- ▶ ۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- ▶ ۶. درمانها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه





➤ نکات مهم در گزارش نویسی:

- آموزش های ارائه شده بر اساس نیازهای آموزشی بیمار و ابلاغیه حداقل موارد آموزشی (بدو ورود و مین بستری) و همچنین میزان اثر بخشی در میطه دانش و مهارت آن ثبت گردد.
- آموزش های ارائه شده مین ترفیص در فرم آموزش زمان ترفیص ثبت شده و میزان اثر بخشی در میطه دانش و مهارت آن در گزارش پرستاری مستند گردد.





بيمارستان امام خميني صومعه سرا







➤ راهنمای ثبت برخی اقدامات پرستاری :

• اکسیژن تراپی:

▶ دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم افتلال تنفسی)، زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی، روش اکسیژن درمانی، میزان اکسیژن درمانی، واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

• نامیه زخم:

▶ وسعت و اندازه زخم، نزدیک بودن لبه های زخم، وجود یا عدم وجود ترشم، رنگ و نوع و میزان ترشم، وجود درن، نوع محللول شستشو، واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم؛ مانند تب و درد و احساس نگرانی، داشتن درن و توجه به فونریزی و عملکرد مناسب درن، چگونگی تحمل بیمار به پانسمان و داروهای به کار برده شده، داروی به کار برده شده در موضع، آموزشهای ارائه شده.

▶ • مثال: پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات فونی- سروزی وجود داشت. بقیه ها سالم است.



➤ راهنمای ثبت برخی اقدامات پرستاری :

➤ **سونداژ مثانه:**

➤ هدف از سونداژ مثانه، نوع سوند جهت سونداژ، سایز سوند، ثبت مانورها قبل از سونداژ، حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون، حجم و رنگ و مواد فارژی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه.

➤ در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد بر گشتی و واکنش مددجو

➤ **NGTUBE گذاری:**

➤ دلایل NGT گذاری، نوع گاوآژ (متناوب و مداوم)، حجم و نوع محلول گاوآژ، حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ، رنگ ترشحات بر گشتی از معده، واکنش مددجو
➤ لاواژ:

➤ دلایل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ موارد بر گشتی، واکنش مددجو

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR :

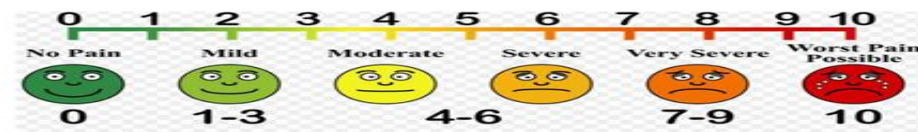
ثبت زمان و نوع ایست، فقدان نبض یا تنفس، زمان شروع احیا، قلبی و ریوی، ریتم قلبی در زمان شروع و پس از دفیبریلاسیون، تعداد و مقدار (ژول) دفیبریلاسیون، تزریق دارو (نوع، دوز و زمان)، لوله گذاری، اکسیژن درمانی و واکنش بیمار نسبت به آنها، تجزیه گازهای خون شریانی، واکنش مردمکها، زمان حضور تیم احیا، زمان فاصله ی احیا.

گزارش درد :

Pain score

Visual Analog Scale (VAS)

در بیمارانی که داروی آرامبخش (sedative) دریافت نکرده اند، ارزیابی درد (Pain) با معیار " ونگ " از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار تکمیل می گردد. در مواردی که بیمار اینتوبه و هوشیار باشد با نشان دادن صورتکها به بیمار و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتکها، میزان شدت درد در بیمار تعیین می گردد.



صورتک شماره	نشانگر	برابر یا
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد شدید	۸
۵	بدترین درد	۱۰



▶ دارو درمانی :

- ▶ - اسم دارو، نوع دارو، راه مصرف دارو، دوز مصرف به طور کامل، تاریخ و زمان مصرف و واکنشهای دارویی در صورت بروز
- ▶ • داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو
- ▶ • تزریق عضلانی و دافل جلدی: مکان تزریق
- ▶ - تزریق دافل وریدی: تاریخ و موضع وارد نمودن سوزن، 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.
- ▶ - تزریق زیرجلدی: دوز مصرفی، موضع و واکنش نسبت به دارو
- ▶ - گزارش تغذیه کامل غیر از راه فوراکی (TPN): سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر
- ▶ - داروهای پرفطر/هشدار بالا توسط دو کارشناس پرستاری چک ثبت و امضاء شود.
- ▶ - در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، فتما، از روش نگارش **Tall Man Lettering** به منظور تأکید بر روی افتلاف اسامی دارویی، استفاده شود.



دارو درمانی :

- ▶ **- اشتباهات دارویی:** هر گونه اشتباه در تزریق دوز، روش تجویز، زمان اجرا، حذف دوز، اجرای داروی تاریخ گذشته و همچنین طریقه اطلاع به پزشک مسئول، مدافلات و واکنش بیمار باید ثبت گردد.
- ▶ **- امتناع از مصرف دارو:** به هر دلیلی بیمار از مصرف دارو امتناع نمود باید ثبت و به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.
- ▶ **- گزارش مانیتورینگ قلب:** تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، ریتم های خوانده شده و اقدامات انجام شده باید ثبت گردد.
- ▶ **مثال:** بیمار در ساعت ۱۰ شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب دارد. مانیتورینگ بیمار ریتم سینوسی با ریت ۱۵۰ را نشان داد. اکسیژن ۲ لیتر بر دقیقه از طریق سوند بینی برای وی گذاشته شد. پوزیشن نیمه نشسته برقرار شد. فشار خون ۸۰/۱۳۰. نوار قلب گرفته شد و به دکتر مسینی اطلاع داده شد. نمونه خون از نظر الکترولیتها چک شد. مجدداً در ساعت ۱۰/۳۰ بیمار بررسی شد، درد قفسه سینه نداشت و ریتم سینوسی است.
- ▶ • پرستار کریمی-مهر و امضاء.

گزارش ترانسفوزیون خون:

فون یا فرآورده های فونی باید همزمان توسط دو کادر بالینی بررسی شده و اطلاعات آن ثبت شوند. نام بیمار، شماره پرونده، نوع و گروه فون، یافته های کراس ماچ، شماره شناسایی بانک فون مندرج روی فرآورده فونی باید دقیقا بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند. در تزریق فون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند:

- بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق فون و فراورده های فونی

- توجه به سوابق تزریق فون بیمار و بررسی هر گونه عدم انطباق

- بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، مباب گاز و هر گونه نشانی پیش از تزریق فون و فراورده های فونی

- نوع و میزان فرآورده فونی، شماره کیسه و نوع گروه فونی

- تاریخ و ساعت شروع و اتمام تزریق فون

- نام پرستار شاهد که اطلاعات را تایید کرده است

- نوع و اندازه سوزن مورد استفاده

- علایم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز فون

در صورت استفاده از وارمر جهت گرم کردن خون قید آن ضروری است.





گزارش ترانسفوزیون خون:

▶ اگر تزریق خون به صورت اتو ترانسفیوژن باشد، موارد زیر باید ثبت شوند:

▶ -مقدار خون گرفته شده از بیمار و مقدار فونی که به وی تزریق شده

▶ -نتایج آزمایشات در مین و پس از تزریق خون

▶ -تستهای انعقادی، هماتو کریت، گازهای شریانی، همو گلوبین، کلسیم

▶ -علایم حیاتی قبل، مین و پس از تزریق خون

▶ * نکته: در صورتی که بیمار نسبت به تزریق خون واکنش نشان داد، سریعاً تزریق را متوقف نموده و گزارش را با ذکر موارد ذیل می نویسیم:

▶ -نوع و مقدار خون یا فراورده های فونی تزریق شده

▶ -زمان شروع و توقف تزریق خون

▶ -تاریخ و ساعت واکنش و علایم مشاهده شده در بیمار

▶ -درمان هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

سیستم ها



- ۱- سیستم اعصاب مرکزی C.N.S
- ۲- سیستم تنفسی R.S
- ۳- سیستم قلبی عروقی C.V.S
- ۴- سیستم پوست Skin
- ۵- سیستم ادراری-تناسلی Genito-Urinary
- ۶- سیستم گوارشی GI
- ۷- سیستم ماهیچه ای - اسکلتی Muscle-Skeletal
- ۸- سیستم روانی- اجتماعی Psycho-social

در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مد نظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید:

- ▶ سیستم اعصاب مرکزی C.N.S.
- ▶ سنجش سطح هوشیاری و تغییرات آن با:
- ▶ مقیاس گلاسکو (GCS) در بیماران ترومایی و سابقه ضربه به سر که اینتوبه نیستند و یا تراکئوستومی ندارند.
- ▶ FOUR Score: در بیماران کمای اینتوبه و دارای تراکئوستومی و در انواع شرایط ای سی یو.
- ▶ AVPU: در تریاژ و در بیمارانی که هیچگونه شرح حالی از ضربه به سر ندارند
- ▶ -سر درد، سر گیجه، ضعف
- ▶ -آگاهی به شخص، زمان و مکان
- ▶ -اندازه مردمک و واکنش آن
- ▶ -افتلال مسمی و عصبی و حرکتی
- ▶ -عدم تعادل، حرکات غیر طبیعی، تشنج
- ▶ -تغییرات دمای بدن (هیپو یا هیپرترمیا)
- ▶ -گیجی (کانفیوژن)، فوایب آلودگی، عدم توانایی در تکلم و....
- ▶ -گردن درد، دلیریوم، سنکوپ، لرزش



✓ در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مدنظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید

✓ سیستم تنفسی:

- تعداد و الگوی تنفسی (تنگی نفس ، اورتوپنه، تاکی پنه ، برادی پنه ، تنگی نفس شبانه ، رتراکسیون ، تنفس شکمی، تنفس سینه ای، تنفس تند و سطحی و دیسترس تنفسی)
- نوع سرفه ، فلت و ترشحات، فلت فونی
- نیاز به تهویه مکانیکی و تنظیمات آن
- درد قفسه سینه ، فونریزی از ریه ، فونریزی از بینی
- فشونت صدا، فس فس سینه ، صداهای غیر طبیعی تنفس





✓ در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مدنظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید

✓ سیستم قلبی عروقی:

-تعدادوالگوی نبض

-درد یا ناراحتی قفسه سینه ،تپش قلب ، تنگی نفس

-ریتم قلبی و تغییرات نوار قلب

-تغییرات فشار خون و فشاروریدمرکزی

-تغییرات عروق محیطی و عمقی در انتهایها (سردی، گرمی، تورم، عدم وجود نبض محیطی)

-کاهش برون ده قلبی ،اختلال در پرفیوژن بافتی و اختلال همودینامیک

-در صورتی که پیس میکر موقت یا دائم گذاشته شود باید این نکات مدنظر قرار گیرد(تاریخ و ساعت و موضع پیس میکر و دلیل استفاده از آن، تنظیم پیس میکر و واکنش بیمار، عوارض و علایم عفونت، داروهای داده شده در قبل و حین گذاشتن پیس میکر)

✓ در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مدنظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید

✓ سیستم پوست:

- رنگ پوست و مخاط (قرمزی، التهاب، سیانوزه، خونمردگی...)
- وضعیت پوست (خشکی و رطوبت، زخم، ترشحات، تورگور و ادم، گرمی، سردی و بثورات جلدی...)
- احتمال بروز زخم بستر بر اساس معیار برادن و اقدامات انجام شده جهت پیشگیری از بروز آن، زخم بستر (موضع، درجه، ظاهر) اندازه (طول، عرض، عمق)، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ و مقدار ترشحات بخیه (موضع، وسعت، وجود علائم عفونت...)





✓ در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مدنظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید

✓ سیستم ادراری و تناسلی:

-میزان برون ده ادراری

-رنگ و میزان ادرار (هما چوری، آنوری، اولیگوری، پلی اوری..)

-یافته های غیر طبیعی (تکرر وبی اختیاری، احتباس ادرار ، ادرار دردناک، سوزش ، خارش)

✓ در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مدنظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید

✓ سیستم گوارشی:

-ارزیابی اولیه تغذیه بیمار (در بزرگسال بر اساس BMI /نوموگرام بزرگسال ، در زیر ۱۹ سال z score)

-علائم و نشانه های غیر طبیعی (کاهش اشتها، اشکال در بلع، تهوع ، استفراغ ، یبوست ، اسهال، نفخ، درد شکم، آسیت، عدم صدای روده، بررسی مخاط دهان، خونریزی های گوارشی فوقانی و تحتانی)
-داشتن گاستروستومی، کلوستومی و ژوژنوستومی

-چک دقیق I& O، میزان لاواژیا گواژ

✓ سیستم ماهیچه ای - اسکلتی:

-علائم و نشانه های غیر طبیعی (بی حسی و کرختی، لرزش، فلج، ضعف، کرامپ عضلانی، عدم تحرک، افتادگی مچ پا و دست و...)
-تراکشن و گچ و..



✓ در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مد نظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید
✓ سیستم روانی - اجتماعی:

- رفتار بیمار، توهمات، دلیریوم، اضطراب، وسواس، افکار و اقدام به خودکشی...
- ثبت نتایج ارزیابی اولیه روان برای بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان و اقدامات انجام شده

✓ نکته:

- آمادگی کلیه پروسیجرها و مراقبت های پس از آن (تهاجمی و غیر تهاجمی) ثبت گردد.
- کلیه اتصالات و میزان ترشحات سیستم های بدن ثبت گردد.
- کلیه نتایج غیر طبیعی آزمایشات و پاراکلینیکی با قید ساعت ثبت گردد.



گزارش بدو ورود:



گزارش بدو ورود:

- حداقل های لازم در ثبت گزارش بدو ورود:
- ساعت و تاریخ پذیرش بیمار.
- نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ دار و برانکارد...)
- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن
- نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار.
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار
- نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدید کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود و غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده

گزارش پذیرش بیمار در اتاق عمل:

گزارش پذیرش بیمار در اتاق عمل:

- ثبت سن و جنس بیمار
- ثبت ساعت تحویل، نام بخش تحویل دهنده، نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار) و پرستار مسئول بیمار به اتاق عمل
- ثبت نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار
- ثبت نوع عمل جراحی اورژانسی براساس دستور پزشک
- ثبت نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار (به بررسی سیستمیک بیمار مراجعه شود).
- ثبت سابقه حساسیت دارویی و غذایی
- ثبت ساعت ناشتایی بیمار
- ثبت نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدید کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود و غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده
- ثبت علامت گذاری موضع عمل
- ثبت علائم حیاتی حین تحویل به اتاق عمل
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، لوله تراشه و ..)
- ثبت وضعیت رزرو و تحویل خون بیمار به اتاق عمل (تعداد فراورده و نوع گروه خون و RH)
- ثبت نوع و تعداد اوراق پاراکلینیکی
- ثبت اعضای مصنوعی و کاشتنی
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار / هوشبری مهر و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ



گزارش حین عمل:

گزارش حین عمل:

- الف - گزارش حین عمل بیهوشی
- ساعت ورود بیمار به اتاق عمل برای انجام عمل جراحی
- نوع عمل جراحی و نام جراح
- ثبت علائم حیاتی ، وضعیت راه هوایی و سطح هوشیاری بیمار قبل از القای بیهوشی و هنگام تحویل به ریکاوری
- ثبت وضعیت راه وریدی و شریانی
- نوع بیهوشی و ساعت شروع و پایان بیهوشی
- ثبت ساعت شروع عمل جراحی
- ثبت نوع پوزیشن
- ثبت موارد غیرطبیعی احتمالی در حین عمل
- ثبت مشاوره حین عمل جراحی با ذکر علت و اقدامات انجام شده و نتیجه آن
- ثبت تزریق خون و فراورده های خونی



گزارش حین عمل گروه جراحی

ب - گزارش حین عمل گروه جراحی

- ساعت ورود بیمار به اتاق عمل برای انجام عمل جراحی
- نوع عمل جراحی و نام جراحان
- ثبت محل اتصال پلیت در هنگام استفاده از کوتر جراحی
- ثبت صحت شمارش گازهای خط دار و لنگاز و پینات واسپنج ها و تیغ ها و سوزن های مصرف شده حین عمل جراحی
- ثبت ایمپلنت ها و پروتز ها
- ثبت اتصالات بیمار صحت عملکرد و میزان ترشحات
- ثبت داشتن نمونه پاتولوژی با ذکر نوع نمونه - تعداد - ساعت برداشتن نمونه (در موارد خاص) و تحویل آن به مسئول ریکاوری / آزمایشگاه
- ثبت مشاوره حین عمل جراحی با ذکر علت و اقدامات انجام شده و نتیجه آن
- ثبت ساعت پایان عمل
- ثبت نوع زایمان / ساعت تولد نوزاد / جنسیت نوزاد / آپگار نوزاد / سالم بودن یا مشکل داشتن نوزاد / الصاق دستبند نوزاد و مادر / تماس پوستی در ساعت اول تولد / مدت زمان تماس پوستی و اینکه منجر به تغذیه نوزاد شده یا خیر.
- ثبت ساعت شروع و مدت زمان استفاده از تورنیکه



گزارش ریکاوری:



گزارش ریکاوری:

- ثبت ساعت ورود بیمار به ریکاوری
- ثبت وضعیت هوشیاری بیمار بدو ورود و در هنگام تحویل
- ثبت نوع عمل جراحی - نوع بیهوشی یا بیهوشی
- ثبت علایم حیاتی بدو ورود و در هنگام تحویل
- ثبت ارزیابی و مدیریت درد
- ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر صحت کارکرد و میزان ترشحات
- ثبت دستورات دارویی و مایعات وریدی
- ثبت کنترل محل عمل بیمار از لحاظ خونریزی
- ثبت ساعت تحویل بیمار به بخش مورد نظر، طبق دستور متخصص بیهوشی
- ثبت تحویل نمونه پاتولوژی به آزمایشگاه
- ثبت اقدامات حفاظتی و ایمنی بیمار

گزارش فوتی:



گزارش فوتی:

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی، عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ثبت ساعت فوت، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادرگردیده یا توسط پزشک قانونی صادر میگردد)
- 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 یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود

گزارش ترخیص:

گزارش ترخیص:

- وضعیت هوشیاری حین ترخیص با قیدعلائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش همراه با ذکر آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی ، پمفلت و غیره).
- آموزشهای حین ترخیص به زبان قابل فهم توسط پرستار ارائه و فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص تکمیل گردد.
- آموزش های ضمن ترخیص شامل :
 - ۱-محدوده / میزان فعالیتهای فیزیکی
 - ۲-تغذیه و رژیم درمانی
 - ۳-شیوه ی مصرف دارو
 - ۴- برنامه بازتوانی و مراقبتهای توانبخشی
 - ۵- زمان و شیوه مراجعه مجدد به درمانگاه /بیمارستان
 - ۶-علائم /نشانه های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان
 - ۷- سایر موارد به تشخیص پزشک معالج
 - ۸-روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی ثبت تحویل خلاصه پرونده و فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه
- در مورد بیمارانی که ترک بامسئولیت شخصی دارند، تکمیل فرم مربوطه 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

شیوه نامه کاردکس نویسی



HarfeTaze.com

بیمارستان امام خمینی صومعه سرا

کاردکس پرستاری / مرکز آموزشی درمانی بیمارستان
 بیمارستان امام خمینی صومعه سرا

نام و نام خانوادگی: نام پسر: ☐ زن: ☐		بخش: تخت: شماره پرونده:		تشخیص: نوع عمل جراحی: نام پزشک معالج:		تاریخ و ساعت پذیرش: تاریخ و ساعت عمل جراحی: تاریخ انتقال و نام بخش:	
Date تاریخ		Time ساعت		Medical orders دستورات پزشکی		Nursing care مراقبتهای پرستاری	
				Ventilator settings Mode: CPAP: PEEP: FiO2:			
Date تاریخ		Time ساعت		Imaging & Paraclinical تصویر برداری و سایر اقدامات پاراکلینیک		Lab test آزمایشات	
Date تاریخ		Time ساعت		Risk Factors عوامل خطر هپتورتنسیون هپتورلیسم دیابت ملیتوس آلرژی بارداری احتمال سقوط احتمال زخم فشاری معلولیت سایر		Insulin پروتکل انسولین	
				IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Shalldon Catheter: ay fistula: arterial line: other:		I&O زمان کنترل وزن: قد: قرم بیمار بانی Diet نوع رژیم غذایی:	

۲۲

8/9/2021



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

گاردگسی پرستاری مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

نام و نام خانوادگی: نام پدر:		بخش: تخت: شماره پرونده:		تشخیص: نوع عمل جراحی: نام پزشک معالج:		تاریخ و ساعت پذیرش: تاریخ و ساعت عمل جراحی:	
سن: جنس: ☐ مرد ☐ زن		نوع بیمه:		سطح مراقبتی بیمار:		تاریخ انتقال و نام بخش:	

Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت	
				Medical orders دستورات پزشکی		Time ساعت	
				Ventilator settings			
				Mode: CPAP:			
				PEEP:			
				PS: Fio2:			

Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت	
				Imaging & Paraclinic تصویر برداری وسایر اقدامات پاراکلینیک						مشاوره ها Consultations	

آزمایشات Lab test	Time ساعت	Date تاریخ	Imaging & Paraclinic تصویر برداری وسایر اقدامات پاراکلینیک	Time ساعت	Date تاریخ	مشاوره ها Consultations	Date تاریخ
			Risk Factors هیپر تانسین هیپر لیپیدمی دیابت ملیتوس آلرژی یارداری احتمال سقوط احتمال زخم فشاری معلولیت سایر	تاریخ اتصالات IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Shaldon Catheter: av fistula: arterial line: other:	زمان کنترل علانم حیاتی T: PR: RR: BP: I&O زمان کنترل وزن: قد: قرم بیمار یابی ☐	Insulin پروتکل انسولین Date تاریخ	
Blood products نوع فراورده خونی ترانسفوزیون شده	Time ساعت	Date تاریخ					
			Diet رژیم غذایی: موارد خاص:				

• نحوه ثبت اطلاعات در کاردکس مراقبتی :

برای ثبت در کاردکس از سه قلم (فودکار قرمز ، فودکار آبی ، مداد) استفاده می شود . در ثبت کاردکس از افتصارات و اصطلاحات استاندارد پزشکی استفاده شود.

• فودکار قرمز :

برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند: موارد فاص (مساسیت دارویی، فطر و یا احتمال فودکشی، هرگونه آسیب پوستی، ممنوعیت تزریق عضلانی **HIV**، **HBS+**، **HCV**، **فاویسم**، (ابتلا به بیماری عفونی و فونی فاص) **RiskFactors** و نیزتیک موارد ریسک فاکتور ، ازفودکار قرمز استفاده شود.به طور کلی **رنگ قرمز** جهت ثبت اطلاعات فاص و هشدار دهنده در مورد بیمار می باشد

علائم	تاریخ اتصالات	Risk Factors
حیاتی	IV:	هیپر تانسینون
T:	NGT:	هیپر لنجیدی
PR:	CV Line:	دیابت ملیتوس
RR:	ET tube:	آلرژی
BP:	Foley catheter:	یارداری
کنترل	Shaldon Catheter:	احتمال سقوط
	av fistula:	احتمال زخم قشری
	arterial line:	معلولیت
	other:	سایر
نمای:	موارد خاص:	

خودکار آبی :

برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی، نام پدر ، سن، شماره پرونده، نام پزشک معالج، تاریخ و ساعت پذیرش، تاریخ و فرد بازنویسی کننده کاردکس و تاریخ عمل جراحی و تاریخ انتقال نوع بیمه می باشد.

نام و نام خانوادگی :		بخش :		تاریخ و ساعت پذیرش :	
نام پدر :		تخصص :		تاریخ و ساعت عمل جراحی :	
سن :		شماره پرونده :		تاریخ انتقال و نام بخش :	
جنس : ☐ مرد ☐ زن		نوع بیمه :		سطح مراقبتی بیمار :	

مداد :

برای ثبت موارد متغیر مانند درفواست های دارویی و تشخیصی پزشک، سرم ها، زمان درفواست آزمایشات، ساعات کنترل علائم حیاتی، تغییر پوزیشن، میزان فعالیت مددجو، درفواست آزمایشات و رادیوگرافی های تشخیصی، مشاوره، سطح مراقبتی بیمار (براساس دستورالعمل ارائه مراقبت به روش موردی) و مراقبتهای پرستاری میباشد.

ثبت دستورات پزشکی:

- دستورات پزشکی با ذکر تاریخ و ساعت انجام در قسمت دستورات پزشکی باید ثبت گردند سایر دستورات پزشکی نیز که در کادر کس کادر مخصوص به آن اختصاص داده شده مانند آزمایشات و گرافی ها و مشاوره و. در کار اختصاص یافته باید ثبت شود

نام و نام خانوادگی:		بخش:	تشخیص:	تاریخ و ساعت پذیرش:	
نام پدر:		تخت:	نوع عمل جراحی:	تاریخ و ساعت عمل جراحی:	
سن:		شماره پرونده:	نام پزشک معالج:	تاریخ انتقال و نام بخش:	
جنس:		نوع بیمار:	سطح مراقبتی بیمار:		
☐ زن ☐ مرد					
Date تاریخ		Time ساعت		Nursing care مراقبت‌های پرستاری	
Date تاریخ		Time ساعت		Medical orders دستورات پزشکی	
				Ventilator settings	
				Mode: CPAP:	
				PEEP:	
				PS: Fio2:	
Date تاریخ		Time ساعت		Imaging & Paraclinic تصویر برداری و سایر اقدامات پاراکلینیک	
Date تاریخ		Time ساعت		Lab test آزمایشات	
Date تاریخ		Time ساعت		Consultations مشاوره ها	

• مراقبتهای پرستاری به ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت گردند:

- اقدامات مورد نیاز پس از انجام ارزیابی اولیه پرستار
- اقدامات مرتبط با تشخیص های پرستاری تدوین شده
- در ردیفهای بعدی مواردی مانند: ثبت نتایج معیار موریس و ثبت نتیجه معیار برادن دستور تغییر پوزیشن و ماساژ، فیزیوتراپی و نوع آن در موارد دیگر نوشته می شود.

گازدکس پرستاری مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان سازمان نظام پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران									
نام و نام خانوادگی:		بخش:		تشخیص:		تاریخ و ساعت پذیرش:			
نام پدر:		تخت:		نوع عمل جراحی:		تاریخ و ساعت عمل جراحی:			
سن:		شماره پرونده:		نام پزشک معالج:		تاریخ انتقال و نام بخش:			
جنس:		نوع بیمار:		سابق مراقبتی بیمار:					
زن ☐									
مرد ☐									
Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ	
Medical orders		دستورات پزشکی		Nursing care		مراقبتهای پرستاری			
Ventilator settings									
Mode:		CPAP:							
PEEP:									
PS:		Fio2:							
Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ	
Consultations		مشاوره ها		Imaging & Paraclinic		تصویربرداری و سایر اقدامات پاراکلینیک		Lab test	

ثبت دستورات یزشک:

- **دستورات پزشکی با ذکر تاریخ و ساعت انجام در قسمت دستورات پزشک باید ثبت گردند سایر دستورات پزشکی نیز که در کادر کس کادر مخصوص به آن اختصاص داده شده مانند آزمایشات و گرافی هاو مشاوره و. در کار اختصاص یافته باید ثبت شود**



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی ایران

گاردگسی پرستاری مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

نام و نام خانوادگی: نام پدر:		بخش: تخت: شماره پرونده:		تشخیص: نوع عمل جراحی: نام پزشک معالج:		تاریخ و ساعت پذیرش: تاریخ و ساعت عمل جراحی:	
جنس: ☐ مرد ☐ زن		نوع بیمه:		سطح مراقبتی بیمار:		تاریخ انتقال و نام بخش:	
Date تاریخ	Time ساعت	Medical orders دستورات پزشکی				Time ساعت	Date تاریخ
		Ventilator settings					
		Mode: CPAP: PEEP: PS: Fio2:					
Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت	
Lab test آزمایشات		Imaging & Paraclinic تصویر برداری وسایر اقدامات پاراکلینیک		مشاوره ها Consultations		Date تاریخ	

- ثبت دستورات پزشک:
- کنترل وضعیت هوشیاری
- نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن
- نوع بیهوشی
- نوع راه هوایی مصنوعی و مشفصات ونتیلاسیون مکانیکی بیمار (مد تنفسی)
- ثبت زمان درخواست انجام اقدامات درمانی (مانند همودیالیز، تعویض فون، LP و...) و نوع اعمال جراحی انجام شده و تاریخ انجام آن در ستون دستورات پزشک درج گردد.
- راه تغذیه بیمار در صورت داشتن NGT، گاستروستومی و یا ژونوستومی با ذکر تاریخ
- تاریخ اینتوباسیون (لوله تراشه گذاری) در کادر مفصوص آن ثبت شود
- نوع لوله اداری (فولی کاتتر F/C یا اکسترنال کاتتر E/C) با ذکر تاریخ در کادر مفصوص آن ثبت شود
- زمان کنترل علایم حیاتی طبق دستور پزشک نوشته شود.
- زمان کنترل O&A طبق دستور پزشک نوشته شود.

نام و نام خانوادگی: نام پدر:		بخش: تخت: شماره پرونده:		تشخیص: نوع عمل جراحی: نام پزشک معالج:		تاریخ و ساعت پذیرش: تاریخ و ساعت عمل جراحی:	
جنس: ☐ زن ☐ مرد		نوع بیمه:		سطح مراقبتی بیمار:		تاریخ انتقال و نام بخش:	
Date تاریخ		Time ساعت		Medical orders دستورات پزشکی		Date تاریخ	
				Ventilator settings Mode: CPAP: PEEP: PS: Fio2:			
Date تاریخ		Time ساعت		Date تاریخ		Time ساعت	
مشاوره ها Consultations		تصویر برداری و سایر اقدامات پاراکلینیک Imaging & Paraclinic		آزمایشات Lab test			

آزمایشات Lab test	Time ساعت	Date تاریخ	Imaging & Paraclinic تصویر برداری و سایر اقدامات پاراکلینیک	Time ساعت	Date تاریخ	مشاوره ها Consultations	Date تاریخ
			Risk Factors هیپر تانسین هیپر لیپیدمی دیابت ملیتوس آلرژی یارداری احتمال سقوط احتمال زخم فشاری معلولیت سایر	تاریخ اتصالات IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Shaldon Catheter: ay fistula: arterial line: other:	زمان کنترل علائم حیاتی T: PR: RR: BP: I&O زمان کنترل وزن: قد: قرم بیمار یابی ☐	Insulin پروتکل انسولین Date تاریخ	
Blood products نوع فراورده خونی ترانسفوزیون شده	Time ساعت	Date تاریخ					
			Diet رژیم غذایی: موارد خاص:				

- دستور پزشک درفصوص پروتکل انسولین در ستون مربوطه ثبت گرددو دیگر دستورات درمورد تزریق انسولین در قسمت داروهای تزریقی طبق قانون ثبت داروهای تزریقی نوشته شود.
- در ستون فعالیت نوع فعالیت بیمار طبق دستور پزشک تیک زده شود.
- آزمایشات روزانه بیماران و آزمایشاتی که چند بار در روز و برای مدتی انجام می شود، با مداد در قسمت آزمایشات با ذکر تاریخ و با مداد نوشته شود.
- هر گونه درخواست رزرو فرآورده های فونی در ستون **آزمایشات ثبت** گردد. و در صورت ترانسفوزیون شدن در قسمت فراوره فونی **ترانسفوزیون شده ثبت** شود.
- ثبت کلیه موارد گرافی ها (**XRy** , **MRI** , **CT.Scan** , سونوگرافی و اندوسکوپی) در ستون تصویر بردای و سایر اقدامات پاراکلینیکی درج گردد.

			Risk Factors	Date تاريخ IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Saldon Catheter: av fistula: arterial line: other:	زمان کنترل علائم حیاتی T: PR: RR: BP: I&O زمان کنترل وزن: قد : قرم بیمار یابی	Insulin پروتکل انسولین	Date تاريخ	
Blood products نوع فراورده خونی ترانسفوزیون شده	Time ساعت	Date تاریخ	آلرژی بازداری احتمال سقوط احتمال زخم فشاری معطلیت سایر					
Blood group & RH: گروه خونی:				موارد خاص:	Diet رژیم غذایی:			
CBR	Activity فعاليت	RBR Free						
تاريخ باز نویسی:								برد بازنویسی کننده :

آزمایشات Lab test	Time ساعت	Date تاریخ	Imaging & Paraclinic تصویر برداری وسایر اقدامات پاراکلینیک	Time ساعت	Date تاریخ	مشاوره ها Consultations	Date تاریخ
			Risk Factors هیپر تانسیون هیپر لیپیدمی دیابت ملیتوس آلرژی یازداری احتمال سقوط احتمال زخم قشری معلولیت سایر	تاریخ اتصالات IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Shaldon Catheter: av fistula: arterial line: other:	زمان کنترل علائم حیاتی T: PR: RR: BP: I&O زمان کنترل وزن: قد: قرم بیمار یابی ☐	Insulin پروتکل انسولین Date تاریخ	
Blood products نوع فراورده خونی ترانسفوزیون شده	Time ساعت	Date تاریخ					
			موارد خاص:		Diet رژیم غذایی:		

- داروهای **PRN**، **Stat** در محل افتصاص یافته ثبت گردد .
- نوع اتصالات تیک زده شود و تاریخ گذاشتن هر یک از اتصالات بیمار ثبت شود.
- در قسمت فرم بیمار یابی ، بیمارانیکه برای آنها فرم بیمار یابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی (فرم شماره ۱) تکمیل شده است، تیک زده شود.

ملاحظات	Time	Rout	Dose	Stat drugs & Stat serums	Date
Note	ساعت	روش مصرف	دوز مصرفی		تاریخ
ملاحظات	Time	Rout	Dose	PRN drugs	
Note	ساعت	روش مصرف	دوز مصرفی		

Risk Factors هیپر تانسیون هیپر لیپیدمی دیابت ملیتوس آلرژی یار داری احتمال سقوط احتمال زخم فشاری معلولیت سایر	تاریخ اتصالات IV: NGT: CV Line: ET tube: Foley catheter: Shaldon Catheter: av fistula: arterial line: other:	زمان کنترل علائم حیاتی T: PR: RR: BP: I&O زمان کنترل وزن: قد: فرم بیمار یابی ☐
	Diet رژیم غذایی:	
	موارد خاص:	
	تاریخ:	

نحوه ثبت تجویز دارویی بیمار در کاردکس مراقبتی:

ملاحظات	ساعت دارو	مقدار	روش مصرف	نام دارو	تاریخ
	6-14-22	۱ gr	IV	Amp ceftriaxon	97/3/7
بعد غذا	۱۵	80mg	PO	Tab ASA	97/3/7

نام و نام خانوادگی:		بخش :		تخت:		تشخیص :	
Time ساعت	Rout روش مصرف	Dose دوز مصرفی	Serums & Injection Drugs سرم و داروهای تزریقی	Date تاریخ	ملاحظات Note	Time ساعت	Rout روش مصرف
6-14-22	IV	1 gr	Amp ceftriaxon	97/3/7			
۱۱	PO	80mg	Tab ASA	97/3/7	بعد غذا		
Time ساعت	Rout روش مصرف	Dose دوز مصرفی	Non Injection Drugs داروهای غیر تزریقی	Date تاریخ	ملاحظات Note	Time ساعت	Rout روش مصرف

- برای نوشتن ساعت در کاردکس طبق دستورالعمل ۱-۲۴ ثبت گردد. مثال **Bd 6-18**
- **TDS6-14-22 QID 6-12-18-24**
- مواردی که دارو Hold می شود با مداد کلمه Hold و تاریخ آن در ستون دارویی نوشته شود.
- نام دارو به صورت کامل و صحیح نوشته شود.
- سرم باید در ابتدای ستون داروهای تزریقی ذکر شود و مواردی مانند حجم سرم، ساعت شروع، داروهای اضافه شده سرم قید گردد.
- طریقه مصرف دارو به طور صحیح نوشته شود (مانند فورا کی po، تزریقی IV، استنشاقی inhalation موضعی Topical)
- داروهای Stat و آزمایشات اورژانس به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی بماند و بعد از آن پاک شود.
- در صورت نیاز به شرایط فاص جهت دادن دارو یا **PRN** بودن فتما در کاردکس مقابل نام دارو در ستون ملاحظات ثبت شود. مثال: (قرص لوزارتان با شرط **Bp > ۱۰۰** داده شود).

