



IN THE NAME OF GOD

گزارش نویسی



گزارش نویسی

گزارش نویسی

مقدمه

- پیشرفت علوم به نوعی وابسته به روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم تکنولوژی از طریق ثبت و گزارش صورت می پذیرد
- اگر تحقیقات و یافته های دانشمندان و علما نگارش، گزارش و ثبت نمی شد، هم اکنون امکان دستیابی و استفاده از علوم میسر نبود .

جایگاه گزارش نویسی

- در قرآن در دو آیه (قلم و علق) اشاره صریح به نوشتن و ثبت کردن شده است
- خداوند در آیه شریف «ن والقلم و ما یسطرون» قلم و آنچه می نویسد.
- حضرت علی (ع) می فرمایند : علم را با نوشتن پایبند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند
-

ثبت و گزارش نویسی در جهان و ایران

- قدمت ثبت به 5000 سال قبل از میلاد مسیح بر می گردد که اولین بار سو مری ها سوابق و تصمیمات خود را ثبت می کردند.
- در ایران نیز باید آغاز گزارش نویسی را مصادف با دوران خلفای عباسی بدانیم.

فایده گزارش نویسی

- فایده و هدف از نوشتن گزارش، رساندن پیام به خواننده با سرعت و صحت و روشنی است. مهم این است که نویسنده گزارش، قادر باشد تصویری روشن از فکر و هدف خود را در ذهن خواننده ترسیم نماید.

قبل از اینکه تصمیم به تدوین گزارش بگیرید باید بدانید که گزارش را برای چه شخصی یا اشخاصی تهیه می کنید. در واقع چه کسی یا کسانی، بر اساس گزارش شما تصمیم گرفته و اقدام خواهند کرد.



- گزارش نویسی در پرستار و مامای : در اواسط قرن هجده تا نوزده با ایجاد تغییراتی اصلاحی در جامعه، نقش پرستار و ماما عوض شد و این هنگامی بود که پرستار و ماما بر اساس بسیاری از اعتقادات فلورانس نایتینگل در سال 1820 بعد از جنگهای کریمه بنا شد و هر **پرستار و ماما مسئول کیفیت و ثبت خدمات خود گردید** و در همین زمان از استانداردها برای کسب اطلاعات ایمنی و مراقبت جامع پرستار و مامای بهره گرفته شد

ثبت پرستاری و مامایی (گزارش نویسی)

- امروزه با توسعه ی فرآیند پرستاری و مامایی، ثبت پرستاری و مامایی (گزارش نویسی) به عنوان یک چهارچوب فعالیتی و یک وسیله ی ضروری برای ارائه و ارزیابی مراقبت های پرستاری و مامایی گسترش یافته است.
- اوراق ثبت مراقبت های پرستاری و مامایی یکی دیگر از اوراق مهم و مکتوب در پرونده پزشکی بیمار محسوب می شود.



ثبت گزارشات کامل، دقیق و به موقع جهت قضاوت در مورد اینکه بیمار مراقبت های مورد نیاز و ضروری را دریافت داشته امری روشن است و به ارائه دهندگان مراقبت جهت برنامه ریزی، هماهنگی و حفظ تداوم مراقبت کمک می کند.

گزارشات پزشکی و پرستاری و مامایی يك ابزار قانونی برای انجام مراقبت ها و کیفیت آنهاست که به بیمار ارائه شده است.



- گزارش پرستاری و مامایی جامع، عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستار و ماما است و طبعاً "نارسایی در گزارش پرستار و مامای می تواند عاملی برای تأیید اتهام تلقی شود.
- از نظر حقوقی عملکرد تیم پزشکی با ثبت موارد قابل اثبات است و موردی پذیرفته می شود که خوب گزارش و ثبت شده باشد.



گزارش صحیح

- سندی مهم در دفاع از پرستار و ماما در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و مراجع قانونی و سندی مهم برای پژوهش و نظارت ... است.

قطعاً پرونده بیماری که یک شرح حال (Observation) و سیر بیماری (progress note) مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری و مامایی (record) مناسب توسط پرستار و ماما داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می شوند.

گزارش پرستاری و مامایی

- نافذترین سند در مرجع قضایی برای دفاع از پرستار و

ماما و پزشکان

- سندی با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار

- سند مهم در دفاع از پرستار و ماما 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



تعریف گزارش نویسی

- عبارت است از در به تحریر در آوردن:
- اخبار
- اطلاعات
- حقایق
- علل مسائل و رویدادها
- تجزیه و تحلیل منطقی و متوالی آنها
- برای رسیدن به راه حل‌های صحیح، که همراه با اختصار و روشنی تدوین شده و بر دو اصل «ساده نویسی» و «سالم نویسی» استوار باشد.

تعريف گزارش نویسی در بالین

- ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند.
- آیا مفهوم نوشته روشن است؟
 - آیا نظم و ترتیب کلی نوشته درست است؟
 - آیا عنوان گزارش، فهرست مطالب، مقدمه و خلاصه با هم هماهنگ هستند؟
 - آیا کلمات خوب انتخاب شده؟
-
- آیا نکات مهم مورد تأکید قرار گرفته است؟
-
- آیا جمله بندی صحیح است؟
- آیا پاراگرافها با هم همبستگی لازم را دارند؟
- آیا هدف گزارش به خوبی درك می شود؟

اهداف دروس نویسی در بالین

- 1-ارتباط : اعضاي تيم مراقبتي در كارهاي خود بوسيلة گزارش نويسي با هم در ارتباط هستند .
- 2-آموزش: ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتي در رابطه با تشخیص، ارتباط علائم با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان و ... به دانشجویان حرف پزشکی می دهد.
- 3-تحقیق : گزارشات منبعي براي جمع اوري اطلاعاتي در رابطه با تکرار يك بیماری ، عوارض ، استفاده از درمان یا مراقبت خاص ، مرگ و بهبودي و عوارض دارويي

- 4-نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات ، نقاط 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 درست محاسبه می شود

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

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

کاربرد گزارش نویسی در بالین و جنبه های قانونی ثبت

- غفلت در مشاهده – سهل انگاری در اقدامات صحیح – کوتاهی در دادن گزارش به پزشك – عدم ثبت اقدامات و فعالیتهای انجام شده ، قصور محسوب می شود
- .
- گزارش در حكم يك سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستار و مامای يك اصل قانونی در تمام سیستمهای درمانی است.
- وقتی که بحث قانونی ثبت و گزارش مطرح می شود هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار – حفظ امنیت حقوقی پرستار و ماما و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است
-

فواید گزارش نویسی در بالین

- جنبه های ارتباطی ثبت
- جنبه های پیشرفت بیماری
- جنبه تحقیقاتی ثبت
- جنبه های آموزشی دانشجویان
- جنبه های رسیدگی یا نظارت (مطابقت دادن مراقبتهای پرستار و مامای انجام شده با استانداردهای موجود است)

اصطلاحات رایج

- Recording (ثبت کردن)
- Reporting (گزارش کردن به صورت شفاهی یا کتبی)
- chart واژه معمولی برای پرونده بیمار جهت وارد کردن اطلاعات است
- Documentation: تصدیق وقایع و فعالیتهای انجام شده از طریق نگه داری و بایگانی گزارشات

خصوصیات يك گزارش علمي و صحيح

1. حقيقت Actual

2. دقت Accuracy

3. کامل و مختصر Completeness Concise

4. پويا Currents

5. سازماندهي Organization

6. محرمانه Confidential



1- صحت و درستی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به درك اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار و ماما می بیند، می شنود و احساس می کند.

- از کاربرد کلماتی که ایجاد شك، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید باید خودداری شود و به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نشود.

- 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.



- 1- صحت و درستی: اطلاعات باید صحیح باشند 'تنها اطلاعاتی را که خود از طریق مشاهده یا معاینه بدست آورده ' یادداشت می کند
- موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
- **گزارش صحیح** : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm طول دارد.
- **گزارش غلط**: زخم ناحیه شکم بزرگ است
- استفاده از میزانه ها و واحدهای اندازه گیری به صحت و درستی گزارش کمک می کند . مثال : بیمار در ساعت 18:00 ، 300 میلی لیتر آب و چای نوشیده است بجای عبارت ، موقع شام به مقدار کافی مایعات نوشیده است .

دقت در گزارش نویسی

- - در ثبت گزارشات پرستار و مامای به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط يك پرستار و ماما انجام می شود، توسط پرستار و ماما دیگری ثبت یا چارت گردد.
- - در گزارشات پرستاری و مامای در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- - چنانچه پرستار و ماما گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شك و ابهام می گردند.
- - نام و نام خانوادگی امضا نگردد

- - **اختصار** : تبادل اطلاعات بطور خلاصه سبب سهولت فهم آن میشود

- **جامع بودن** : گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است ، باید کامل نیز باشد و کلیه موارد مربوط به بیمار باید ثبت گردد
- **مثال:**

- پای چپ بیمارگرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام می گردد، نبض روی پای قوی، دو طرفه و بدون التهاب است.

پویا بروز گزارش

جاري و معاصر و پويا يك سري از موارد بايد بدون هيچ تاخيري باشد

تاخير در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخير برطرف گردد. تصميم گيری درارتباط با مراقبت از بیمار بايد براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

فعاليت ها و وقایعي که بایستي به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

علائم حیاتی

تجویز دارو و اقدامات درمانی

آماده کردن بیمار برای عمل و تست های تشخیصی

تغییر در وضعیت سلامت

پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار

تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

- **سازمان بندي** : اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند. وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشت
- **مثال** : بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان می کند که هنگام چرخیدن بدتر می شود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می رسد . شکم در لمس حساس و در دق مات می باشد صدای روده ها با گوشی شنیده نمی شود 'به دکتر ...اطلاع داده شد ' دستور ...جهت کاهش درد بیمار و انجام اسکن شکم داده شد .

محرمانه بودن گزارش:

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

عموما گزارشات پرستاری و مامایی شامل شش دسته اطلاعات است:

- 1- اقدامات پرستاری و مامایی که توسط پزشک دستور داده نشده اما پرستار و ماما جهت برآوردن نیازهای خاص بیماران آن را انجام می دهند (**کنترل FHR در مراحل مختلف زایمان**) اقدامات اولیه احیا در نوزاد .
- 2- اقداماتی که به دستور پزشک و توسط پرسنل پرستاری و مامایی انجام می شود: **No vaginal exam, NPO**.
- 3- اقداماتی که توسط اعضای مختلف تیم پزشکی اعمال شده است.
- 4- رفتار و دیگر مشاهدات که در رابطه با وضعیت سلامتی بیمار می باشد.

5- واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت:

6- بسیاری از موسسات بهداشتی درمانی، گزارش آموزشی که به بیمار داده می شود نیز در قسمت گزارش پرستاری و مامایی نوشته می شود.

زیرا آموزش یکی از مسئولیت های مهم پرستاری و مامایی است و در گزارشات موجود باید ثبت گردد.



انواع گزارش پرکاربرد در پرستاری و مامایی

- کتبی

- شفاهی

گزارش نویسی گام به گام

- پرستار و ماما معمولاً با اطلاعات پایه مربوط به دلیل بستری بیمار، گزارش خود را شروع کرده و بدنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در طول شیفت خود را گزارش می‌کند.

و به ترتیب گزارشات بدو ورود، تغییر شیفت، قبل از عمل ریکاوری، بعد از عمل، آموزش ترخیص و یا گزارش فوت در پرونده ثبت می‌شود.



گزارشات شفاهي

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

پرستار و ماما روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهي استفاده مي نمايند. در اين نوع گزارش يك پرستار و ماما خلاصه اي از فعاليت ها و شرايط بيمار در زمان ترك بخش براي استراحت و يا پايان شيفت را به پرستار و مامای ديگر منتقل مي نمايد.

چهار نوع گزارش شفاهي توسط پرستار و ماما استفاده مي شود:

گزارش تعويض شيفت

گزارش تلفنی

گزارش انتقال

گزارش حوادث اتفاقی

Change of shift

Telephone

Transfer

Incident

گزارش تعویض شیفت است

به صورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از 30 دقیقه تا 45 دقیقه متغیر بوده است.

گزارش تعویض شیفت ممکن است به صورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

راند بالینی به پرستار و ماما 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 بیماران یادآوری گردد.

- با توجه به این امر که پرستار و ماما مسئولیتهای زیاد و متنوعی را دارند این مساله 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 پرستار و مامای یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری و مامایی 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.

- نکات مهم در تعویض شیفت در لیبر و بخش پریناتال؟

گزارشات تلفنی

باید مطمئن بود:

اطلاعات واضح است.

اطلاعات صحیح است.

اطلاعات دقیق است.

جهت ثبت مکالمه تلفنی

چه موقع تماس گرفته است؟

چه کسی تماس گرفته است؟

با چه کسی صحبت شد؟

چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت 10:22 pm مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان
منیزیم خانم صابری بیمار تخت شماره 302 بخش داخلی را 3/3
میلی اکی والان گزارش نمود.

دستورات تلفنی

دستورات تلفنی معمولاً بین پزشك و پرستار و ماما تبادل می شود.

دستورات تلفنی بایستی **توسط تکرار واضح گردد** و سپس ثبت نمایند و آنرا امضاء کنید.

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

چنانچه پزشك در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتما سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشك مطرح نمایید تا از سوء تفاهم و عدم درك مناسب پیشگیری شود.

به طور وضوح نام مادر، شماره اتاق و تشخیص پزشکی مادر را مشخص نمایید.

تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمایید. نام مادر، ماما و پزشك را در دستور کامل نمایید.

لازم است دستورات تلفنی وحتی دستورات شفاهی توسط 2 نفر پرستار و ماما تأیید و به وسیله هر دو نفر امضاء می گردد.

گزارش انتقالی

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود.

هنگامی که گزارش انتقال داده می شود باید در ثبت گزارش به نکات زیر توجه نمایند:

نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک

خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)

تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبتهای فعلی پرستاری و مامایی

هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.

پرستار و ماما تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.
- محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد.
- محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی.
- امضای گزارشات تهیه شده پس از امضای فرد دیگر
- تحریف گزارش.
- وجود چند نوع دست خط در تهیه يك مورد گزارش.
- ناخوانا بودن گزارش.
- درهم برهمی و کثیفی گزارش.
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض .
- امضای نامناسب گزارش
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی.
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم.

• توجه

- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری و مامایی ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.

- 1- جهت ثبت گزارش پرستار و مامای از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

- 2- جهت ثبت گزارش پرستار و مامای فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.

- 3- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

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

- 6- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- 7- تعداد و آهنگ ضربان قلبی تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت نمایید.
- 8- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، ضربان ساز و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتما" ثبت نمایید.
- 9- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار را یادداشت کنید.

- 10- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید .
- 11- از ثبت اقدامات مراقبتی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید
- 12- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.
- 13- انحصاراً" در گزارش ، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
- 14- اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و ...)
- 15- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار ، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشك اطلاع دهید.

- 16- در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند و یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد ، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستار و مامای قید نمایید.

- 17- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز باید به پزشك اطلاع داده شود ثبت نمایید.

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

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

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

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

- 1-21 دستور تلفنی در برگه دستورات پزشك ثبت و توسط **2 پرستار یا ماما امضاء شود**
- 2-21 دستور تلفنی ظرف مدت 24 ساعت به امضاء پزشك مربوطه رسانده شود.
- 3-21 زمان برقراري تماس تلفنی ، نام و سمت شخصي که با وي تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده اطلاعات داده شود و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.
- 22- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید



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

1-23 بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.

2-23 در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اشتباه» یا «Error» را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اشتباه» یا «Error» ادامه دهید.

3-23 تاریخ ، ساعت و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

وجنبه های قانونی

وضعیت کشورهای در حال توسعه

- برآوردها نشان می دهند که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ده بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه دیده است. طیف وسیعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد.
- در کشورهای در حال توسعه، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان ها صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشورهای صنعتی است. خطر احتمالی عفونت های اکتسابی در بیمارستان در برخی کشورهای در حال توسعه حدود ۲۰ برابر بیشتر از آمار این عفونت ها در کشورهای توسعه یافته می باشد.

وضعیت کشورهای در حال توسعه

▶ برآوردها نشان می دهند که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ده بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه دیده است. طیف وسیعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد.

▶ در کشورهای در حال توسعه، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان ها صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشورهای صنعتی است. خطر احتمالی عفونت های اکتسابی در بیمارستان در برخی کشورهای در حال توسعه حدود ۲۰ برابر بیشتر از آمار این عفونت ها در کشورهای توسعه یافته می باشد.

RECORDS & REPORTS



KIRAN RANDHLAWA
ARMY COLLEGE OF NURSING

▶ انجمن پزشکی آمریکا IOM (Institute of medicine):

مرگ سالیانه ۲۲۵۰۰۰ هزار نفر خسارت ۶۳/۷ میلیون دلار که ۱۷ میلیون آن قابل پیشگیری است

✓ تعداد کل مرگ ناشی از خطاهای پزشکی برابر سقوط ۶ جت جنگی در روز است

✓ ۱۰٪ موارد بستری منجر به رویدادهای نامطلوب خواهد شد که نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند ▪

□ اشتباهات کادر پزشکی، هشتمین علت مرگ در دنیاست.

□ خطاهای گروه پزشکی سالانه بیش از حوادث و سرطانها باعث مرگ می شود.



در یک دهه ، مرگ هایی که به سبب تداخلات پزشکی ایجاد شده اند تقریباً **۸ میلیون** می باشد که **بیشتر از کل مرگ** هایی است که آمریکا در همه جنگ ها داشته است.

۷۰۰۰ بیمار هر ساله بعلت دست خط های نامرتب و درهم و برهم می میرند .

۵ میلیون جراحی و درمان های غیر ضروری در سال انجام می شود.

50.000 نفر در روز از جمعیت آمریکا درمان های پزشکی غیر ضروری دریافت می کنند .

۴۲٪ مردم مستقیماً توسط اشتباهات پزشکی یا داروئی تحت تاثیر قرار می

اهمیت

JAMA:

▶ خطاهای پزشکی جزو مهمترین علل مرگ و میر هستند و باید در فهرست مهمترین علل

مرگ و میر دنیا قرار بگیرند .

دکتر باربارا استارفیلد:

▶ تراژدی خطاهای پزشکی سهم عمده‌ای در مورتالیته دارد و نباید به راحتی از کنار آن گذشت .

انواع طبقه بندی خطاها

- براساس شدت آسیب (خفیف ، جدي ، مرگ ، ...)
- براساس محل وقوع خطا (بیمارستان ، اورژانس ، ICU ، ...)
- براساس اشخاص درگیر (پزشك ، پرستار ، داروساز ، ...)
- براساس نوع مراقبت (داروئي ، جراحي ، و...)
- رفتار های انسانی

انواع خطا از نظر رفتار انسانی

خطاي انساني Human Error

خطاي علمي knowledge-based ►

خطاي مهارت Skill-base: ►

خطاي قوانین: Role- based ►

انواع قصور پزشکی:

- ▶ بي مبالاتي
- ▶ بي احتياطي
- ▶ عدم مهارت
- ▶ عدم رعايت نظامات دولتي

بی مبالاتی:

- از نظر حقوقی منظور از بی مبالاتی حالتی است که شخص لازم است در آن وضعیت کاری انجام دهد ولی ترک عمل کرده است.
- بی مبالاتی ترک فعلی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن می رود ولی در اثر غفلت انجام نمی یابد.
- انجام ندادن آزمایشات لازم و معمول قبل از عمل و یا عدم انجام گرافی قفسه سینه و عدم معاینه سیستم قلب و تنفس قبل از بیهوشی
- عدم انجام تست حساسیت قبل از تزریق داورهایی که احتمال ایجاد حساسیت و شک و مرگ را در بر دارد.



▶ ننوشتن نحوه مصرف دارو و عدم توضیح آن به بیمار

▶ نداشتن یا چک نکردن وسایل احیا در جایی که

تزریقات انجام می شود

▶ چک نکردن Emergency Box

مثال :

پزشك جراح روز بعد از عمل جراحي توسط
پرستار يا ماما تلفني از وخيم شدن حال بيمار
مطلع شده و به صدور دستورات تلفني اکتفا
کرده و از حضور بر بالين بيمار خودداري
نمود. در نتيجه بيمار دچار عوارضي گرديده يا
فوت نموده (بي مبالاتي)

► فراموشي چك كردن پرونده بيمار در اطمینان از داروي تجويزي جهت بيمار مورد نظر (**Slips**)

► پارگی یا بریدگی يك ارگان نزديك به محل عمل جراحي توسط جراح حاذق با تجربه بعلت اشكال در تمرکز (**Slapses**)

عدم مهارت

▶ ناتوانی در انجام اموری تخصصی که توانایی یا کارایی خاصی لازم دارند.

▶ عدم مهارت ممکن است ناشی از **تاره کاری و کم تجربگی باشد و یا ناشی از عدم بهره وری کافی از دانش پزشکی به عبارت دیگر عدم مهارت ممکن است عملی باشد و یا علمی (معنوی یا مادی).**

▶ به بیان دیگر عدم مهارت یعنی:

▶ عدم آشنایی متعارف به اصول و دقایق علمی و فنی کار معین

عدم رعایت نظامات دولتی:

□ منظور نظامات خاص مربوط به صاحبان حرفه های پزشکی و رشته های وابسته شامل قوانین و آئین نامه های نظام پزشکی و دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بخشنامه های مراکز علمی و درمانی و هرگونه قانون، مصوبه، بخشنامه و دستورالعملهایی که از طرف قانونگذار یا مقامات صلاحیتدار در امور پزشکی وضع گردیده میباشد.

عمل نکردن به هر کدام را عدم رعایت نظامات دولتی میگویند.

رعایت نکردن قوانین و مقررات عمومی دولتی راجع به یک موضوع خاص مصداقی از قصور و خطای پزشکی محسوب می شود



▶ عدم حضور آنکال در بیمارستان در موارد ضروری

▶ تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار

▶ تبلیغات گمراه کننده

▶ ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیر واقعی وخامت بیماری

▶ عدم پذیرش بیماران اورژانسی

▶ تجویز داروهای ممنوعه

▶ افشای اسرار بیماران (به جز به موجب قانون)

▶ متخصص بیهوشی بعد از عمل جراحی و قبل از بیهوش آمدن کامل، بیمار خود را رها کرده و بیمار در اثر اسپیراسیون دچار هایپوکسی شده و متعاقبا منجر به آسیب مغزی یا فوت وی شده است.

▶ پس از زایمان بعثت آپگار پایین نوزاد و انجام اقدامات اولیه احیا مراقبت از خونریزی مادر را انجام نمیدهد و مادر بعثت خونریزی وارد شوک میشود



پیشگیری از خطا با گزارش نویسنده صحیح

از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید :

- ▶ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً " اضافه شده است."
- ▶ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستار و مامای دوباره نویسی و یا تغییر گزارش
- ▶ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین
- ▶ - در بین مطالب مندرج در گزارش پرستار و مامای جای خالی وجود نداشته باشد.

- ▶ در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستار و مامای ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.
- ▶ آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستار و مامای ذکر نمایید.
- ▶ در صورتی که بیماری شفاها " مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقاً" گزارش نمایید
- ▶ - انتهای گزارش پرستار و مامای و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام و سمت پرستار و ماما مربوطه به طور خوانا ثبت شود
- ▶ گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام نموده و امضاء نمایید.

• پرونده ای که به صورت صحیح تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.

■ اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات شما آسیب می رساند.

■ جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند.

■ چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید، اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود. **ننوشتن مساوی انجام ندادن است**

■ تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد نشان دهنده خطا می باشد.

■ 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 علیه کادر درمانی به کار رود.

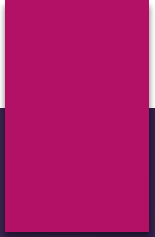
■ ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.

■ توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.

■ از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت به عمل آورید.

■ در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.

■ انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.



پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری و
مامایی ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود، امضاء
نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.

گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .

از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش استفاده نمائید

ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24

بنویسید. ساعت 1 بعدازظهر را به صورت 13 و ساعت

نه و ربع بامداد را به صورت 9.15 نشان دهید .

- ▶ با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود . مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار و ماما مسئول شیفیت است.
- ▶ در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ، ضروری است پرستار و ماما دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.
- ▶ کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات داروئی اجرا شده ثبت نمائید. (نام دارو ، دوز داروئی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو).
- ▶ 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 حتما" گزارش نمائید.

تشخیص را با استفاده از اصطلاحات قابل قبول قانونی وبدون قضاوت بنویسید

اتیولوژی را با اصطلاحات قابل تغییر بیان کنید .مثال : کمبود آگاهی در مورد رژیم غذایی پیش از زایمان (ص) **کمبود آگاهی بعلت حاملگی (غ)**.

تشخیص طبی را در تشخیص پرستار و مامای وارد نکنید .مثال : خوب پاک نشدن راههای هوایی مربوط به احتباس ترشحات (ص) **خوب پاک نشدن راههای هوایی به علت بیماری انسدادی ریه (غ)**.

تشخیص را روشن و خلاصه بنویسید، زیرا موجب تسهیل برقراری ارتباط بین افراد تیم مراقبت شده و باعث می شود که افراد نیروی خود را بر روی عوامل مربوط به مشکل خاصی متمرکز کنند .

انواع قصور

اجرای اشتباه درمان

- ▶ - سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت
- ▶ - اشتباهات دارویی
- ▶ - قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات
- ▶ - به کارگیری تجهیزات ناقص و معیوب
- ▶ - قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال
- ▶ - سوختگی ها
- ▶ - قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات
- ▶ - قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار
- ▶ - قصور در نگه داشتن اطلاعات محرمانه بیماران
- ▶ - قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع

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 و ماما، نباید توسط وی انجام شود.
- 3- در نگهداری مادران مانند پراکلمپشی باید از محدود کننده های فیزیکی استفاده کنند.
- 4- برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ، پرستار و ماما 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 ماما و مقام مافوق **کتبا** گزارش شوند.

► 6- در صورتی که **دستور دارویی مشکوک** به نظر می رسد، فوراً به پزشک یا مافوق ذی صلاح 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 ذی صلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- ▶ شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کرد
- ▶ -اولین وظیفه ما حمایت از بیمار است. اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشك گزارش دهید، در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب ، یا وسط روز) .
- ▶ -از به کارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید . در صورت بروز خطا از سوي آنان، دادگاه پرستار و ماما را مجرم می شناسد.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- 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

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- کلیه اطلاعات محرمانه (اصل رازداری) -
 - تمام موارد و یافته ها ثبت شود.
 - در صورت مشکوک بودن به حوادث جنایی کلیه جزئیات را دقیقاً 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

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

-اگر در دستورات پزشك جاي سوال است ، نمي توانيد آنرا بخوانيد ، ناكامل است و يا احتمال مي دهيد به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید .

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

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

-اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی اسناد و مدارك بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار مي باشد .

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

در دادگاه فرض بر اینست که اگر چیزی نوشته نشده باشد ، یعنی انجام نشده است .
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 انجام ندادن به موقع کارها هستند.

-هیچگاه از بحث در باره ضعف مهارتی خود با مافوق نهراسید ، مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید، نپذیرید. زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعایتان مبني بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشك نپردازید. مگر در موارد اضطراري و تحت شرایط خاص باشد.

از نظر قانوني تنها پزشكان حق این کار را دارند (رو در بایستی ممکنست به بیمار آسیب برساند).

وقتي بیمار از شما مي خواهد که نظرتان را در باره درمان او اظهار کنید ، از قبول آن سرباز زنید و از بیان هر جمله و عبارتي که احتمال مي رود بیمار از آن دریافت سوء برداشت کند، اجتناب کنید.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، موردی را امضا نکنید.

- 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، به صورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگه دارید.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- ▶ هرچیزی که سایر همکاران پرستار و ماما ، پزشك و... برای ارزیابی بیمار لازم دارند را چارت کنید.
- ▶ گزارش يك واقعه را به طور کامل ثبت کنید .





بیشترین مواردی که در نظام پزشکی شیراز عامل
خطا در رابطه با گزارش نویسی بوده است

....لطفا به همکاران نوشتن زمان و ساعت اطلاع وضعیت بیمار به پزشکبه سوپروایزر کشیک ...اطلاع کمبود وسایل بصورت مکتوب به مسئولین ...گرفتن رضایت نامه و برائت نامه از بیمار بصورت قانونیثبت گزارش لحظه به لحظه از بیمار مخصوصا بیمار مشکل دارمعمولا وقتی شکایتی ثبت میشه تو نظام پزشکی به گزارشهای پرستاری استناد میکنن بنابراین همکارها هم بموقع مراقبتها رو انجام بدن هم ثبت بموقعچون از نظر قانون کاری که ثبت نشده یعنی انجام نشده لطفا تو گزارش حتما اسم پزشک و ساعت اطلاع رسانی با دقت قید شود و اگر اطلاع دادن و نیامدن حتما به سوپروایزر کشیک اطلاع بدن (بالسم سوپروایزر) .. و تو گزارش

تا که سلامت مردم را
پاس بداریم



راهنمای گزارش نویسی در بخش های زنان وزایمان



گزارش نویسی در بخش های زایمان و بعد از زایمان



مرحله پذیرش Admission

➤ مرحله لیبر Labor

➤ مرحله زایمان Delivery

➤ مرحله بعد از زایمان Post Partum

Admission Record

: **Date/Time of Admission** **AM** **PM** **Hospital Num** •
First Name **Family Name** **Age** •
Parity... Gravidity..... Abortion..... living..... .L.N.M.P... .E.D.C.... G.A... •
Previous C/S Reason for C/S..... •
Arrived by: **Ambulance** **Wheelchair** **by himself** ,..... •
Reason for Admission: •

Medical History

Diabetes Heart disease •
Hypertension Kidney disease •
Allergy Lung disease •
Malaria Infectious disease •
Anemia Operation •
Blood Transfusion Other Disease •

Previous Pregnancies:

Present pregnancy :

Bleeding... Headache.... .Edema.....Pain..... Nausea..... vomiting.... •
Substance abuseOperation.....Urinary Problem Other Illness



Fetal Evaluation Data

Fundal height F.H.R Fetal weight Estimated •
 Multiple gestation Gestational Age •
 Finding of sono..... •

Physical Examination

Weight BP T R P •
 General Appearance : •
 Heart Lung Breasts Head Neck •
 Thyroid
 ENT Abdomen Varicoes Reflexes •
 Exts.

: Pelvic & Vaginal Examination

Mem. (Intact – Ruptured) Time Date •
 Presentation : Position Station •
 Cervix: Dilatation Effacement •
 Lab. Tests: BG RH HB VDRL Sugar U/P •
 Pap Smear •

Medication :

Present •

Previous •

Diagnosis:

Plan : •

Transfer to :

Name

Signature

Time /date

(Labor Record)

Hospital:

Date:

Name:	Age :	G	P	L	Ab
-------	-------	---	---	---	----

Imp:

Onset of labor: **Risk factors :** **1- Mother :** **2- Fetal :**

G. A: **1 by sono** **2- by Data**

[illegible]

Delivery Record

Name: : Num	Age:	G	P	Ab	L	Hospital	•
RH/Blood group •							
- Stage of labor:	1 sth ... hrs	2 nd ... hrs	3 rd ... hrs	Total	•		
... hrs							
Rupture .. Am/ Pm : Clear , Me conium / Spontaneously - Mem : Intact •							
Artificial							
- Analgesia : Drug , total dose •							
- Painless Delivery : Entonex , Epidural , others •							
•							
Delivery:	Date	Time:	AM / PM	•			
Forceps , Vacuum , C – Section – NVD-- Method: Spon – sterile – un sterile •							
- Episiotomy : Median , Rt . ML , LT. ML •							
- Laceration : 1○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ Repaired by : •							
- Cervical inspection: Intact. Lacerated, Repaired by : •							
- Bleeding : Ante partum / cc - Post partum / cc Total / cc •							
- Placenta & Membrane Complete – Incomplete – Dunc – Shol – Previa – Others •							
- Cord: Numb of Arts Description •							

Recovery Room Sheet

: Hospital Num

Date:

Date / Name:

Age :

G

P

L

Ab

Time of OP

Indication C / S :

Surgeon

Assistant

Anesthetist

Anesthetic

[illegible]

Cause of C/Section

Date / Time:

Am / Pm

- Anesthesia: local – Spinal – General – •
Pudenda - Others
- Pre operative Drug: •
- Tubal Legation: Yes – No •
- Type :
Vertical - Hor - Site of Operation : •
- Other finding at Operation: Drains - Hemovac •
Folly - .../CC •
- Complication during Op •
- Am/Pm..... - Transfer to Recovery •

Neonatal

Male – Female – alive – Still Birth – Weigh gr •

Multiple: A B C •

Apgar : Color ... Resp... Reflex ... •

Tone ... Heart rate ... Total ...

After 5 min

Resuscitation: Suction Oxygen •

Incubate Drug

.....P/E Normal - Abnormal – Description •

Transfer To Am / Pm •

Recovery Room) (Mother condition

BP	Pulse	Respiration	•
Uterus:	Contract – Atony	- Others	•
- General	Condition:		•
Description			
Am/Pm			•
- Transfer	to	Ward	•
Am/Pm			
Surgeon		Assistant	•
Anesthetist		Midwife	•

مرحله چهارم : بعد از زایمان (Post partum note)

- 1- در موقع تحویل زائو از اتاق عمل و یا اتاق زایمان نکات زیر مهم است .
 - - سطح هوشیاری Temperature – Blood pressure – pulse
 - Respiration
 - رنگ پوست (General appearance)
 - چک خونریزی واژن (V.B) – چک ناحیه Epi – اجابت مزاج و ادرار – گروه خونی و RH.
 - چک رفلکس Patela – مقدار ادم – سردرد و تشنج در بیماری اکلامشی و پره اکلامشی و پیگیری آزمایشات طبق Order پزشک.
 - در موارد سزارین چک ناحیه عمل ، فولی ، پیگیری و درخواست خون و یا فرآورده های خونی دیگر اگر نیاز باشد و Position زائو در موقع تحویل گرفتن و علت سزارین و مشکلات حین سزارین و نوع بیهوشی .
 - فعالیت زائو ، مقدار و نوع سرم ، سن مادر ، L - Ab - P - G
 - وضعیت روحی ، روانی
 - در مورد نوزاد
 - و آموزش های لازم به زائو

[illegible]

[illegible]

۲- برای مادری که در بخش بستری می باشد روزانه موارد زیر باید چک شود .

- B.P – T.P.R (طبق Order پزشک) – خونریزی واژینال - وضعیت رحم و پرینه - وضعیت محل عمل و اپی زیاتومی - وضعیت پستانها .
- وضعیت سیستم ادراری - فعالیت روده ها - وضع شکم - رژیم غذایی - I/O- مقدار و نوع سرم - Breast feeding- فعالیت مادر .
- داروها و آزمایشات مثل CBC –Hb- U/P برای مادرانی که نیاز دارند و آزمایشات خاص دیگر . مواد خاص دیگر مثل يك رفلکس Patela - ادم - سردرد - تشنج در بیماران اکلامشی و پری اکلامشی .
- آموزش های لازم داده شده به مادر .



3- گزارش نویسی نوزادان طبیعی در بخش

Rooming In

- تاریخ ، ساعت و نوع زایمان و نوع بیهوشی
- آپگار دقیقه اول و پنجم
- جنسیت نوزاد و سن حاملگی موقع تولد
- علائم حیاتی شامل درجه حرارت ، تنفس و نبض
- معاینه فیزیکی که شامل : اندازه گیری قد ، دور سر ، دور سینه ، وزن .
- بررسی فونتاتل ها و سوچرها ، بررسی سر و گردن ، سیستم عصبی شامل رفلکس ها
- بررسی تنه و اندام ها ، سیستم ژینتالیا ، بررسی **Anus** از نظر **Imperforated anus**
- – و بررسی اندام ها تحتانی و بطور کلی تمامی سیستم ها مورد بررسی قرار گرفته و یافته های غیر طبیعی و هر گونه نابهنجاری مادرزادی قید گردد .
- نحوه تغذیه و نوع و میزان و تحمل نوزاد نسبت به تغذیه
- مقدار **Urine** و **Stool** خصوصاً در 24 ساعت اول
- بررسی زردی در نوزاد ، قید میزان بیلی روبین و اقامات درمانی و توجهات پرستار و مامای
- بررسی بند ناف و توجهات لازم
- تزریق **Vitk** و قطره چشمی و هر گونه اقدامات دارویی دیگر
- ساعت و تاریخ ترخیص نوزاد
- امضاء پرسنل تحویل دهنده

گزارش نویسی هنگام بستری در بخش زنان (GYN)

(Admission Note)

1- اطلاعات اولیه بیمار

- نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: تاریخ و ساعت ورود:
- بخش: شماره پرونده: شماره اتاق:
- طریقه ورود: پذیرش قبلی در بیمارستان: علت مراجعه:
- تشخیص هنگام بستری:
- نوع عمل جراحی فعلی: نام جراح: زمان: تاریخ:
- تعداد حاملگی (G)-تعداد زایمان (P)-سقط (Ab)
- تعداد بچه زنده (L)
- آخرین دوره قاعدگی (LNMP):

2 - سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر

7- معاینه بالینی

- معاینه عمومی :
- قد وزن فشارخون نبض درجه حرارت
تنفس
- سایر موارد در برگه Assessment ذکر شده
- تذکر : معاینه تیروئید در بیماری های زنان مهم می باشد .
- هر گونه یافته غیر طبیعی در معاینه فیزیکی بیمار باید قید گردد .
- وجود هیرسوتیسم و آکنه ذکر گردد

4- تاریخچه مامایی

- طول حاملگی فعلی (G Age)
- اختلالات طبی و جراحی در حاملگی های قبلی و فعلی

Heart disease

➤ بیماریهای قلبی

Diabetes

➤ بیماری دیابت

Kidney disease

➤ بیماریهای کبدی

Hypertention

➤ فشارخون بالا

Lung disease

➤ بیماریهای ریوی



Allergy

➤ حساسیت

Infectious disease

➤ بیماریهای عفونی

Operation

➤ اعمال جراحی

Anemia

➤ کم خونی

Blood Transfusion

➤ تزریق خون

Other disease

➤ بیماریهای دیگر

3-تاریخچه قبلي

- نحوه پیشگیری از بارداری : IUD □ OCP □ TL □
واژکتومی □ غیره □
- داروهای مورد استفاده : (توضیح داده شود)
- بیماری‌های طبی و جراحی (اندوکراین – قلبی و عروقی –
گوارش و دستگاه ادراری) : توضیح داده شود
- آلرژی‌ها :

5-تاریخچه ژینکولوژیک

- قید سن اولین قاعدگی طول قاعدگی میزان خون ریزی قاعدگی آمنوره □ سابقه Dyspareunia □
Dysmenorrhea □ سن ازدواج سابقه نازایی
..... سن منوپوز یا قطع قاعدگی

6-تاریخچه فامیلی

ذکر هر گونه بیماری در خانواده

7- معاینه بالینی

- معاینه عمومی :
- قد وزن فشارخون نبض درجه حرارت
تنفس
- سایر موارد در برگه Assessment ذکر شده
- تذکر : معاینه تیروئید در بیماری های زنان مهم می باشد .
- هر گونه یافته غیر طبیعی در معاینه فیزیکی بیمار باید قید گردد .
- وجود هیرسوتیسم و آکنه ذکر گردد

8- رژیم غذایی

- اختلالات گوارشی و دفعی

IV-9

- مقدار نوع
- مقدار نوع

10- فعالیت و Activity

- 11- هرگونه یافته های غیرر طبیعی در Abdomen و Breast و دستگاه تناسلی توضیح داده شود .

14- تست هاي مربوط به سيستم تناسلي مثل :

- عكسبرداري مثل هيستوگرافي (HSG) ، هيستو سانيگوگرافي ، سونوگرافي ، كانسالت ، كولپوسكوپي ، لاپاراسكوپي ، پاپ اسمير و غيره

15- تشخيص و تصميم گيري :

Plan

IMP

نام و نام خانوادگي :

تاريخ / ساعت :

امضاء :

گزارش نویسی در بخش زنان GYN

(Progressive Note)

1- وضعیت CNS

- هوشیار □ بی حال □ نیمه کما □ کما □

2- سیستم تنفسی

- تعداد کیفیت: طبیعی □ سطحی □
- همراه با سختی (Dyspnea) □ آینه □
- سرفه □ خیر □ بله □ خشک □ خلط دار □ موارد غیر طبیعی □
- تنفس همراه با اکسیژن □
- توضیح

3- سیستم قلبی و عروقی

- نبض: قوی □ ضعیف □ منظم □ نامنظم □ عدم وجود نظم □
- محل: Radial □ Carotid □ Femoral □ Popliteal □
- Brachial □
- فشار خون:
- دست راست دست چپ نشسته خوابیده

4- درجه حرارت :

محل : □ Rectal □ Axillary □ Oral

5- پوست

- - رنگ پوست : طبیعی □ رنگ پریده □ سیانوتیک □
یرقان □ غیره □
- - قوام پوست : طبیعی □ دهیدراسیون □ ادم □
ضایعات پوستی □
- توضیح :

6- سیستم تناسلی – ادراری

- خونریزی واژینال : خیر □ بلی □ میزان CC- شدت و مدت....
- ترشح : بلی □ خیر □ نوع ترشح
- موارد غیر طبیعی مثل هماتوم و ...
- وجود درد (Pain) بلی □ خیر □
محل آن ... شدت آن (1-10) توضیحات :
- تکرر ادرار □ سوزش ادرار □ احتباس ادرار □ خون در ادرار □
عفونت ادراری □ Out Put /..... cc وصل فولی □
- وجود لوله های متصل به بیمار
□ Drain □ Hemovac □ Foley

وضعیت ناحیه عمل و Dressing

- طبیعی □ خونریزی □
ادم و قرمزی □ ترشحات □

7- سیستم گوارشی

- نوع تغذیه □ NPO □ Regular □ Surgical □
□ Low Salt □ High Protein □ و غیره... □
- تهوع و استفراغ □ یبوست □ درد اپی گاستر □
اختلالات دفع □

IV -8

- 1- میزان نوع
- 2- میزان نوع

9- فعالیت

- استراحت کامل در بستر (CBR) ☐
- استراحت نسبی (B-R) ☐
- معمولی ☐

10- وضعیت روحی و روانی بیمار

- طبیعی ☐ بی قرار ☐ مضطرب ☐ گیج ☐
- عدم همکاری ☐ و غیره
- توضیحات :

12- داروها :

➤ داروهای مصرفی قبلی

نوع مقدار

➤ داروهای مصرفی در حال حاضر

نوع مقدار

13- آزمایشات :

➤ زمان

..... مکان

➤ زمان

..... مکان

11- داروهای مصرفی

- نوع میزان

12- آزمایشات :

..... زمان مکان (منظور مکان و زمان انجام
آزمایشات می باشد)

13- تست های پاراکلینیکی :

..... زمان مکان (MRI – Ct scan – Xray – Sono)

14- نوع کانسالت ها:

- زمان مکان

- Consaltant

15- آموزش به بیمار : (فقط عناوین ذکر شود)

16- توضیحات اضافی :

نام و نام خانوادگی :

تاریخ / ساعت :

امضاء :

فرم گزارش نویسی در بخش زنان

شیقت تاریخ ساعت	شیقت تاریخ ساعت	شیقت تاریخ ساعت	شیقت تاریخ ساعت	
				تنفسی : تعداد: نظم : کیفیت : موارد غیر طبیعی :
				نبض : تعداد : نظم : قدرت : محل : موارد غیر طبیعی :
				فشار خون : محل :
				درجه حرارت : محل :

				پوست : رنگ : قوام : موارد غیر طبیعی :
				سیستم تناسلی : خونریزی واژینال : (میزان و مدت) ترشح : درد : موارد غیر طبیعی :
				سیستم ادراری : تکرر ادرار : سوزش ادرار : احتباس ادرار : خون در ادرار : عفونت ادراری :

				وضعیت ناحیه عمل و :Dressing :Foley :Hemovac :Drain
				سیستم گوارشی و Diet: اختلالات گوارشی و دفعی :
				Activity و فعالیت
				lv 1.میزان / نوع 2.میزان / نوع ...
				دارو 1.میزان / نوع ۲- میزان / نوع ...
				وضعیت روحی و روانی
				آموزش: ۱- ۲- ۳-
				نام و نام خانوادگی امضاء :





موفق باشید

روش های گزارش نویسی:

- **1- سنتی یا بیمارستانی:** در این روش اطلاعات طبقه بندی شده است و پزشک 'پرستار و ماما' آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاصی گزارش خود را می نویسند. در این صورت برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود.

- **2-SOAPI:** شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشتهای تفصیلی است .

- **3- (problem oriented Record) :** در این روش تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی او و مراقبت از اوست . در این روش نه تنها درمانهای بیمار ثبت می شود ، بلکه دلیل معالجات و مراقبتها نیز ذکر می شود .

الگوی ثابت این روش عبارتست از : جمع آوری اطلاعات پایه – لیست مشکلات – طرحهای اساسی – گزارش پیشرفت بیماری

SOAPI

- شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشتهای تفصیلی است
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.

SOAPI

- 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

• 5- گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستار و مامای :

- تشخیص پرستار و مامای جمله یا عبارتی است که وضعیتی نامطلوب را مشخص می کند. پرستار و ماما بر اساس قوانین کار پرستاری و مامای ، مسئول تشخیص و درمان واکنشهای بیماران به مشکلات بهداشتی هستند.

6- **PIE**:(شبيه SOAPI ، دارای ریشه پرستاری و مامایی، یکسان کردن برنامه مراقبتی و ذکر پیشرفت بیمار.)

7- **DAR**:(داده های عینی و ذهنی ، فعالیت و مداخلات پرستار و مامایی، واکنش و پاسخ بیمار)