

گزارش نویسی و پیشگیری از بروز خطا

مدرس: سحر طالب

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی ساوه

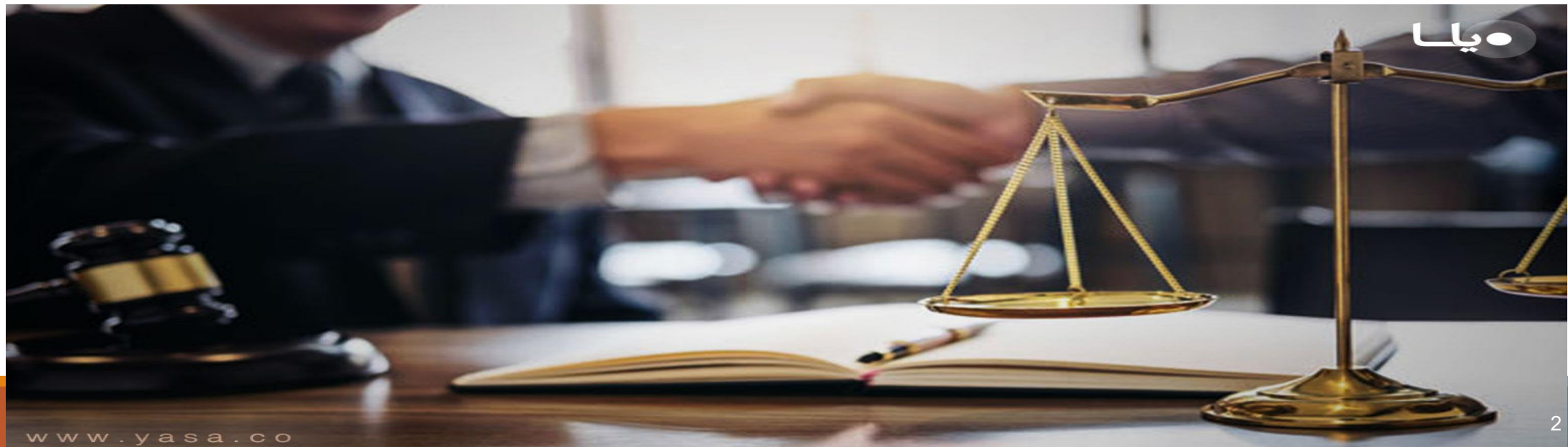
شهریور 1400

سند

به موجب ماده 1284 قانون مدنی :

“سند عبارت است از هر نوشته که در مقام دعوا یا دفاع قابل استناد باشد“.

“نوشته“ را در صورتی میتوان به مفهوم اصطلاحی سند دانست که از جمله دارای امضا اثر انگشت و یا مهر شخصی باشد.



یا



مستند سازی یا پرونده نویسی فرایند
ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و
درمان بیمار است.



مستند سازی پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی
و حرفه ای برای کلیه متخصصین بهداشت و
درمان است



رعایت قوانین مستند سازی برای مستند سازان
از اهمیت زیادی برخوردار است



کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار با استفاده از
این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل
قرار میگیرد

اهمیت ثبت مدارک پزشکی

یکی از ارزشمندترین ابزارهای مهم جهت کسب تجربه در علم طب ثبت داده های پزشکی است.

ثبت این یادداشت ها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و رابط بین پزشک و سایر گروه هایی است که در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند.

همچنین این مدارک اسنادی قانونی هستند که به منظور تشریح دوران بیماری راه و روش درمان ثبت میگردند

اهمیت ثبت مدارک پزشکی



در گزارش سازمان جهانی بهداشت در زمینه اهمیت مدارک پزشکی و ثبت دقیق اطلاعات بیان شده است که:

نگهداری صحیح مدارک پزشکی حائز اهمیت می باشد.
اگر مدارک پزشکی **ناخوانا، ناقص و مبهم** باشد و به
طور **صحیح تکمیل نشده باشد**، فاقد استفاده خواهد بود.
زیرا کیفیت مدارک پزشکی یکی از موارد مهم از دیدگاه
مدیریتی است

خصوصیات يك گزارش علمي و صحيح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی ، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است:



دستورالعمل های مستند سازی

How to document?

What to document?

When to document?

Who should document?



How to document?

چگونه مستند شود



- مستند سازی مهارتی است که با **تجربه** بهتر می گردد.
- یک پرستار کار آزموده می داند که وی نیازمند مستند نمودن آن دسته از مواردی است که استاندارد مراقبتی مقرر نموده است.

عینی بودن مستندسازی

- پرونده پزشکی باید حاوی اطلاعات عینی و توصیفی باشد:
- آنچه شما می بینید، می شنوید، احساس می کنید، می بوید، اندازه می گیرید، و می شمارید نه آنچه را که تصور می کنید، استنباط می کنید، نتیجه می گیرید، یا فرض می کنید. ممکن است حاوی اطلاعات ذهنی باشد، اما تنها هنگامی است که توسط واقعیات مستند حمایت شود.

عین واقعیت: Stick to the facts

- سند تنها آن چیزی است که دیده و شنیده می شود.
- توصیف کنید. به وقایع و رفتارها برجسب نزنید.
- بوضوح و اختصار واقعیت ها را توصیف کنید.
- فقط از اختصارات مناسب استفاده شود.

اجتناب از سوگیری: Avoid bias

حفظ پرونده پزشکی بطور دست نخورده

What to document?

چه چیزی مستند شود

کمیسیون مشترک اعتبار گذاری سازمان های مراقبتی

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Required Documentation JCAHO

- 1) Initial assessment data
- 2) Time when rapid intervention occurred
- 3) Evidence that critically ill patients are receiving intensive care , such as frequent taking of vital signs
- 4) Problems and procedures
- 5) Interventions
- 6) Patient responses to interventions (resolutions)
- 7) Nursing observations
- 8) Communications with other members of the health care team
- 9) Communications with family members
- 10) Patient teaching, including discharge instructions
- 11) Any patient refusal of care
- 12) Use of translators

When to document?

چه وقتی مستند شود

- یافته زمان در مستند سازی می تواند در هنگام شلوغی بخش مشکل آفرین شود. اما ثبت بموقع در موقعیت های سهل انگاری **تعیین کننده** هستند.
- مراقبت های پرستاری و دیگر فعالیت های مربوطه خود را در **هنگام انجام** مستند نمایید نه مدت زمان زیادی پس از انجام آنها.
- قبل از انجام کاری آن را ثبت نکنید. مستند سازی قبل از انجام هر مداخله ای گزارشات شما را غیر صحیح ساخته و همچنین اطلاعات در مورد پاسخ بیمار نسبت به مداخله را حذف می کند.

Who should document?

چه کسی باید مستند کند؟



- شما و تنها شما هستید که باید مراقبت های پرستاری و مشاهدات خود را مستند نمایید. در برخی مواقع ممکن است بنابه شرایط و اوضاع و احوال ، وسوسه شوید که از پرستار دیگر بخواهید که بخشی از پرونده پزشکی شما را تکمیل کند. بدانید که:

در هر صورت انجام این کار **غیرقانونی و ممنوع** می باشد.

قوانین ثبت گزارش



رازداری
Confidentiality

امضاء مسئول
و یا پاسخ گو
Accountability

چارچوب
برگه ها
Format

زمان بندی
Timing

مندرجات
Content

مندرجات Content

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

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

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

مثال ۱: خونریزی در حد منس است!!!!

صحیح: ۱/۲ پد استاندارد استفاده شده برای مادر اغشته به خون است.

مثال ۲: خونریزی هنگام زایمان مادر در حد نرمال است.

صحیح: خونریزی هنگام زایمان مادر طبق مندرجات drape اندازه گیری ، ۶۰۰ سی سی بوده است.

مندرجات Content

❖ برای ثبت گزارش از به کاربردن کلمات کلی پرهیز کنید.

مثال: به نظر میرسد درد مادر کمتر شده است

صحیح: مادربه درد ناشی از هماتوم محل بخیه اپی زیاتومی عدد ۳ میدهد درحالی که دیروز این عدد را ۸ گزارش کرده بود. (استفاده از مقیاس عددی درد)

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

مثال: مادر به نظر میرسد افسرده است.

صحیح:.....

زمان بندی Timing

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

برای جلوگیری از **فراموش کردن** اقدامات انجام شده برای بیمار بهترین کار ثبت گزارشات بعد از انجام هر اقدامی می باشد.

مثال: فراموش کردن ثبت آموزشات مربوط به بیماری که CBR است به علت شلوغی شیفت. بیمار بدون اطلاع از تخت برخاسته و دچار صدمه شده است.

در صورتی که وضعیت بیمار وخیم باشد، ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد.

در هنگام مراقبت از بیماران بدحال، قبل از ترک بخش، موارد مهم مربوط به وضعیت بیمار باید ثبت گردد.

چارچوب برگه ها Format

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

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

برای چاپ و یا نوشتن می توانید از خودکار **سیاه و یا آبی** استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد.

در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود.

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

تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود.

از پاک کردن و لاک گرفتن و امحا و جابه جا کردن برگه ها خودداری کنید.

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

امضاء مسئول و یا پاسخ گویی Accountability

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید مهر نظام مامایی را ثبت و امضاء نماید.
در صورت عدم انجام مراقبت، موارد ثبت شده، نباید امضاء گردد.
قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود



رازداری Confidentiality

بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن ها محرمانه بماند. دانشجویان باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند.

در مراکز آموزشی – درمانی، دانشجویان می توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه ای خود استفاده نمایند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند. در گزارشات شفاهی و یا دست نویس خود، نباید نام واقعی و دیگر مشخصات بیمار را ذکر کنند.

نکات حقوقی و اخلاقی مستند سازی

- حوزه مسئولیت حرفه ای شما توسط قوانین و مقررات تعیین می شود. مستندسازی مراقبت های پرستاری که در پرونده بالینی بیمار مهیا می کنید در واقع راهی برای پذیرش مسئولیت حرفه ای است .
- با تکمیل مستندات به شیوه ای قابل قبول و به موقع و مطابق با استانداردهای مراقبت پرستاری قادر خواهید بود که همانند منافع خود از منافع بیمارتان نیز **محافظت** به عمل آورید.
- **ناتوانی در مستند سازی** به نحو صحیح ، مقوله ای محوری و اساسی در بسیاری از موارد **فصول کادر درمانی و مراقبتی** است.
- اگر چه پرونده پزشکی ، رادیوگرافی ها، گزارشات آزمایشگاه، و دیگر اوراق ثبت شده در آن متعلق به موسسه است، اما **اطلاعات مندرج در آن متعلق به بیمار می باشد** بوده و اوست که حق اخذ رونوشت از محتویات پرونده را دارد.

عنصر قانونی جعل

- ماده (۷۵۴) ۵۲۳ قانون تعزیرات اشعار می دارد:

”**جعل و تزویر** عبارتند از: ساختن نوشته یا سند ساختن مهر یا امضای

اشخاص رسمی یا غیر رسمی یا خراشیدن یا تراشیدن یا قلم بردن یا

الحاق یا محو یا اثبات یا سیاه کردن یا تقدیم یا تاخیر تاریخ سند نسبت

به تاریخ حقیقی یا الصاق نوشته ای به نوشته دیگر یا به کار بردن

مهر دیگری بدون اجازه صاحب آن و نظایر اینها به قصدقلب.“



انواع جعل

- **جعل مادی:** در ظاهر و صورت نوشته یا سند و غیره خدشه ای وارد می شود.

- **جعل معنوی (مفادی):** آن است که بدون ایراد هیچگونه خدشه ای به ظاهر سند ، نوشته و غیره حقیقتی در آن تحریف شده و مطالب منتسب به دیگران به گونه دیگری در آنها منعکس شود.



جعل نوشته ها و تفریرات

• ماده (۷۶۷) ۵۳۶ قانون مجازات اسلامی:

هرکس در اسناد یا نوشته های غیر رسمی جعل یا تزویر کند یا با علم به جعل و تزویر آنها را مورد استفاده قرار دهد علاوه بر جبران خسارت وارده به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.



امحاء

وقتی عمر قانونی پرونده های پزشکی به پایان برسد؛ آنگاه سازمان مراقبت بهداشتی یا بیمارستان می تواند با رعایت برخی الزامات قانونی به امحاء یا از بین بردن آنها اقدام کند.

مراحل اجرایی و اداری امحاء مدارك و دفاتر پزشکی:



در سطح بیمارستان

در سطح ستاد دانشگاه

در سطح وزارت بهداشت

در سطح سازمان اسناد کتابخانه ملی

جرم افشای اسرار بیماران

ماده (۸۷۴) ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲
مقرر می دارد:



اطببا و جراحان و ماماها و دارو فروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می شوند، هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز تا یک سال و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی، محکوم می شوند.

افشاء اطلاعات مدارک پزشکی

- قانون کلی خدمات بهداشتی و درمانی به گونه ای است که هیچ یک از اطلاعات بدون وجود یک سند مکتوب قابل دسترسی نباشد مگر اینکه استثنایی وجود داشته باشد (مثل موارد اورژانسی یا مواقع غیر معمول)
- موارد غیر معمول که ممکن است بتوان به سوابق پزشکی بیمار دسترسی پیدا کرد عبارتند از :
 - وجود شکایت و بررسی توسط بازرس پرونده
 - اعلام شکایت از بیمارستان یا پزشک به دلیل بروز عوارض یا مشکلات در درمان
- در مواردی نیز می توان اطلاعات پرونده را بدون درخواست کتبی واگذار نمود:
 - در فوریت های پزشکی برای ارزیابی مراقبت پزشکی
 - برای تحقیق و آموزش در موسسه معین
 - برای صدور رأی در مراجع قانونی و دادگاهها
 - برای واگذاری اطلاعات به وکلا ، شرکتهای بیمه ، مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای دیگر رضایت کتبی بیمار باید ارائه شود.

مشکلات اساسی که به دلیل سهل انگاری پرستار بدنبال عدم ثبت درست وقایع بوجود می آید:

- ۱) عدم ثبت زمان دقیق بروز یک حادثه
- ۲) کوتاهی در ثبت دستورات شفاهی یا به امضاء رساندن دستورات شفاهی
- ۳) ثبت فعالیتها بصورت از پیش تعیین شده برای صرفه جویی در وقت
- ۴) ثبت اطلاعات نادرست و مبهم
- ۵) تصحیح نامناسب



خطاهای شایع در پرونده نویسی

۱- از قلم افتادگی : در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.

۲- ثبت مبهم

۳- تأخیر در ثبت : اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت کنید . زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.

۴- تصحیح نامناسب

۵- ثبت غیرمجاز: فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.

۶- اختصارات مبهم یا نادرست: فقط از اصطلاحات معتبر استفاده کنید.

۷- ناخوانایی و فقدان وضوح: طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند.

راهکارهای کاهش خطا در مستندسازی



نحوه انجام اصلاحات در گزارش

در صورت خط خوردگی در بالای آن ، کلمه اصلاح شد نوشته شود و درپایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده ، مهر ، امضا و سمت فرد مشخص شود.



رعایت موارد زیر مفید است :

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

تصحیحات تا آنجا که ممکن است باید خوانا و تمیز باشند

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

در موقع بروز اشتباه در ثبت گزارشات باید به وسیله کشیدن یک خط و نوشتن عبارت "**ثبت اشتباه**" در پائین یا کنار آن ، نوشته را تصحیح کرد

. به دنبال این عبارت ، حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ قید گردد . همچنین ممکن است لزوم تصحیح گزارش به طور خلاصه شرح داده

شود . پرستار باید اطمینان پیدا کند که گزارش اشتباه هنوز هم قابل خواندن است ، این کار نشان می دهد که پرستار فقط سعی داشته است

اشتباه را اصلاح کند نه اینکه آن را محو نماید

گذاشتن فضاي خالی در گزارش یا فلوشیت

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

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

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

تاخیر در ثبت گزارشات

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

❖ اگر مؤسسه پروتکلی برای نوشتن گزارشات دیر وقت یا تغییر یافته دارد باید مطابق آن عمل کرد ، اگر پروتکلی وجود ندارد بهترین راه این است که :

❖ مورد جدید به اولین خط موجود و در دسترس اضافه شود و عبارت **"ثبت با تأخیر"** در کنار آن نوشته شود تا نشان

❖ دهد که این گزارش خارج از نوبت نوشته شده است .

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

❖ اگر در ضمن دادرسی ، دادگاه متوجه تغییراتی در پرونده بیمار شود ، سوءظن و بدگمانی ایجاد می شود و دادگاه ممکن است از نظر منطقی استنتاج نماید که تغییرات بیشتری ممکن است انجام گرفته باشد . **در چنین مواقعی ممکن است ارزش کل پرونده زیر سؤال برود**



عدم تبعیت بیمار

بیماران معمولاً از پذیرش آموزش های معمول مانند "رژیمت را ادامه بده" ، " بدون کمک از تخت پائین نیا" ، " داروهایت را طبق دستور مصرف کن" ، یا " دستور پزشک را برای چکاپ در نظر داشته باش" سرباز می زنند . در چنین مواقعی ، ثبت موارد زیر در پرونده بیمار لازم است :

➤ هر رفتاري که بیمار علیه آموزش های پرستار نشان می دهد .

➤ اینکه پرستار مشکل را به اشخاص مناسب گزارش کرده است .

➤ اینکه پرستار سعی کرده است بیمار را به اطاعت از دستور تشویق کند ، هر چند اگر ناموفق بوده است .

مخلوط شیر و بستنی و غذاهایی کنار تخت بیمار بود . به بیمار گفته شد که او روزانه ۱۸۰۰ کالری نیاز دارد . بیمار بیان می کند " من هر چه دلم بخواهد خواهم خورد " به دکتر صادقی اطلاع داده شد که بیمار از رژیم دیابتی توصیه شده پیروی نمی کند . به متخصص تغذیه اطلاع داده شد تا با بیمار و خانمش ملاقات و صحبت کند . فرشته ملکی ، پرستار	۱۴:۰۰	۸۷/۲/۷
--	-------	--------

خارج شدن از تخت علیرغم توصیه

بعضی مواقع علیرغم اینکه پرستار به بیمار گفته است که نباید بدون کمک از تخت خارج شود ، او ممکن است چنین کاری را انجام دهد و خود را در معرض خطر سقوط و پرستار را در معرض خطر طرح دعوی در دادگاه قرار دهد پرستار برای حفاظت از خود باید اطمینان یابد که:

➤ آموزش هایی را که به بیمار داده است و هر کاری که بیمار علیرغم آموزش های وی انجام می دهد را به طور واضح ثبت کرده است .

➤ هر نوع وسیله ای که استفاده کرده است تا امنیت بیمار را برقرار نماید (مانند زنگ کنار تخت و bed side ...) ثبت کرده است

بیمار ضعف دارد و روی پاهایش تعادل ندارد . به وی در رفتن به حمام کمک شد . بیمار بیان می کند وقتی می ایستد سرگیجه دارد . به بیمار آموزش داده شد که هنگام خارج شدن از تخت کمک بخواهد . نرده های کنار تخت بالاست . زنگ در دسترس بیمار قرار داده شد	۰۳:۰۰	۸۷/۲/۱۰
فاطمه میرخانی ، پرستار		
متوجه شدم بیمار به سمت حمام می رود . بیان کرد خودش از تخت خارج شده است . به او یاد آوری شد که برای پائین آمدن از تخت کمک بخواهد . او گفت که حرف های من را فهمیده است .		
فاطمه میر خانی ، پرستار		

عدم تبعیت از آموزش های زمان ترخیص

هنگام ترخیص ، پرستار باید آموزش های لازم برای ترخیص را مرور کند و تاریخی را که بیمار برای پیگیری باید مراجعه کند به وی گوشزد کند و همچنین باید اطمینان حاصل نماید که ثبت شامل موارد زیر است :

➤ تاریخی که انتظار می رود بیمار برای ویزیت پیگیری برگردد و تاریخی که پرستار این وعده ملاقات را با بیمار در میان گذاشته است .

➤ آموزش های که به بیمار ارائه شده است .

➤ آموزش های کتبی که برای بیمار تهیه شده است

راهنمای دستور تلفنی

در موارد اورژانسی و شرایط خاص دستورات بصورت تلفنی از پزشک گرفته می شود و طبق دستور العمل دستورات تلفنی اجرا و ثبت می گردد.

برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک مجدداً از وی بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند.

نام بیمار ، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقاً مشخص شود.

پس از اتمام دستورات پزشک ، دستورات وی مجدداً بازگو شود.

طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل تاریخ و زمان دستور داده شده ، نام بیمار، پرستار ، پزشک و دستور داده شده می باشد که باید بطور کامل نوشته شود.

از مقررات بیمارستان پیروی کنید. دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.

بر اساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

جمع بندی





عینی (توصیفی)، شفاف و رفتاری



مشاهدات فردی



صریح و عاری از هر نوع اظهار نظر،
تعمیم، و ابهامات



به هنگام



مکتوب بر اساس قواعد
دستوری، بدون خطاهای نوشتاری



عاری از اختصارات نامناسب



ثبت اشتباهات مستندسازی



وجود امضاء بعد از هر ثبتی



عدم تعویض یا معدوم نمودن
اطلاعات ثبت شده

یادآوری

- پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین **مدافع** شما می باشد.
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- چهل 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.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه وجه، چه غیر وجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
- در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
- انتهای گزارشات را با خط ممّدت تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرد.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه:



- ❖ دانشجویان مسئولیت قانونی نداشته و بیمارستان نمی تواند از ایشان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند
- ❖ هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و شرح وظایف تعیین شده برای پرستار یا ماما، نباید توسط وی انجام شود.
- ❖ از به کارگیری افراد غیرحرفه ای جهت کارهای تخصصی جداً خودداری کنید. در صورت بروز خطا از سوی آنان، دادگاه پرستار را مجرم می شناسد.
- ❖ هرگز از بحث درباره مشکلات با مافوق، دچار ترس و نگرانی نشوید، مسئولیتهایی که برای آنها آمادگی ندارید، نپذیرید، زیرا در صورت ارتکاب خطا، ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی، در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود. (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 نگهدارید).
- ❖ هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته شده و کتباً گزارش شود.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه:



- ❖ بیماران مرتب کنترل شوند و هرگونه تغییر در طول شیفت، پس از بررسی و شناخت دقیق، به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ❖ شکایات بیمار، به خصوص شکایت از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از پایداری وضعیت بیمار و رفع درد، موضوع را پیگیری نمایید.
- ❖ اولین وظیفه پرستار، حمایت از بیمار است. اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی می باشد، باید به پزشک گزارش دهید، در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب، یا وسط روز).
- ❖ برای مراقبت، محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار، مطمئن، ایمن و سالم هستند.
- ❖ وسایل ناقص یا خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شده و به سرپرستار یا مقام مافوق، کتباً گزارش شوند.

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه:



❖ اگر در دستورات پزشک جای سوال است، نمیتوانید آن را بخوانید، ناکامل است و یا احتمال میدهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید.

❖ به منظور حفاظت از خود ، تمام تماسهایتان با پزشک را ثبت کنید (با ذکر تاریخ و ساعت و پاسخ پزشک).

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

❖ اگر درگیر مسایل دادگاه شوید بهترین حامی ، اسناد و مدارک به جا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد.

❖ در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.

❖ معمولاً خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن وسایل در بدن بیمار، سوختگی با کوتر، زخم ، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ، مشاهدات ناکافی، از جمله علل دادگاهی شدن پرستاران هستند

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه:



❖ هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید ، زیرا از نظر قانونی تنها پزشکان حق این کار را دارند.

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

❖ وقتی بیمار از شما می خواهد که نظرتان را درباره درمان او اظهار کنید ، از قبول آن خودداری کرده و از بیان هر جمله یا عبارتی که احتمال می رود، بیمار از آن دریافت سوء کند، اجتناب نمایید.

❖ هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضاء نکنید.

❖ از سیاستها ، خط مشی ها، قوانین و مقررات ابلاغی داخل بیمارستان آگاه باشید، زیرا مراجعه و استناد به آنها در مواقع ضروری، عقلانی، منطقی و اخلاقی است

راهنمای تکمیل فرم های واحد بلوک زایمان



راهنمای تکمیل فرم های بلوک زایمان

فرم های بلوک زایمان شامل فرم شرح حال مادر باردار، ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، زایمان، مراقبت پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی و فرم های نوزاد تازه متولد شده است. این فرم ها، اختصاصی بلوک زایمان و بخش پس از زایمان تا ترخیص مادر است. فرم هایی مانند پذیرش و ترخیص، آموزش به بیمار، گزارش پرستار، دستورات پزشک، مراقبت های قبل از عمل جراحی و که به صورت عمومی برای سایر بخش ها نیز تکمیل می شود، در صورت نیاز می تواند به مجموعه فرم ها افزوده شود.

Unit Number: شماره پرونده:

ID Number: کد ملی:		Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Bed: تخت:		
Time: ساعت:				

تاریخچه بیماری فعلی: History of Present Illness:

تاریخچه بارداری:
 Obstetric History:

Gravida: تعداد حاملگی:		Para: تعداد زایمان:		Abortion: تعداد سقط:		Living child: نوزاد زنده	
LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:		EDC: تاریخ احتمالی زایمان:		Gestational age: سن بارداری:		Dead Child: نوزاد مرده	
Childbirth preparation class:		Prenatal care:		Still birth: تعداد مرده زایی:		by Sonography: با سونوگرافی:	
No: خیر:		No: خیر:		Yes: بله:		چندپایار:	
Cause:		Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان در بارداری قبلی:					
No: خیر:		Yes: بله:					

تاریخچه بیماری های قبلی :.....**Past Medical History :**.....

Minor Thalassemia	تالاسمی مینور	Hypertension	فشارخون بالا	Diabetes	دیابت	Heart dis	بیماری قلبی
Infertility & ART	نازایی و استفاده از روش های کمک باروری	Genital tract disorder	تأهتجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis	سل	Kidney dis	بیماری کلیوی
Surgical History	سابقه عمل جراحی	Psychiatric disorder	اختلال روانی	Asthma	آسم	Liver dis	بیماری کبدی
HbsAg, HIV	هیاتیت ب، ایدز	Coagulopathy	اختلال انعقادی	Epilepsy	صرع	Thyroid dis	بیماری تیروئید
Other:							سایر:

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

تاریخچه خانوادگی:.....
 Family history:.....

تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:
 Previous Obstetric History:

Fetus Malformation جنین ناهنجار	زایمان با فورسپس یا واکيوم Vacuum or forceps delivery	dystocia زایمان سخت	خونریزی پس از زایمان post partum hemorrhage
Birth weight>4000 gr توزاد با وزن بیش از 4000 گرم	Post term labor زایمان پس از موعد	Preterm labor زایمان زودرس	سابقه دریافت خون Blood Transfusion history
Previous deliveries: If C/S, Cause:	توع زایمان های قبلی:		توزاد با وزن کمتر از 2500 گرم Birth weight< 2500 gr
Other:	در صورت سزارین، علت آن:		
سایر:			

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد:..... Current Medications & Addiction History

داروهای در حال مصرف	Current Medications
حساسیت دارویی	Drug sensitivity
وابستگی به مواد مخدر/ سیگار	Addiction/ cigarette

معاینات بدنی و بررسی های بالینی Physical Examination & Clinical Investigation

Vital Sign

علائم حیاتی:

BP:	نبض:	PR:	درجه حرارت:	T:	تنفس:	RR:
-----	------	-----	-------------	----	-------	-----

Onset of labor pain:	زمان شروع درد:	FHR:	تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه:	Weight estimate:	تخمین وزن جنین:
----------------------	----------------	------	--------------------------------	------------------	-----------------

معاینه واژینال: Vaginal exam

Dilatation:	افاسمان:	Effacement:	جایگاه جنین:	Station:	تمایش جنین:	Presentation:
Position:	خونریزی	Bleeding:	دارد	Yes	ندارد:	No
Amniotic membrane	زمان پارگی:	Time of rupture:	وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid:		

Blood Group & Rh:	قد:	Height:	وزن:	eight:
Partner's Rh:	ارهاش همسر (در صورت متنی بودن ارهاش مادر):			

معاینه فیزیکی: Physical Examination:

چشم:	Eyes:	☐
بینی:	Nose:	☐
دهان:	Mouth:	☐
گلو:	Throat:	☐
گردن:	Neck:	☐
خدد لنفاوی:	Lymph Nodes:	☐
قفسه سینه:	Chest:	☐
پستان:	Breast:	☐
قلب:	Heart:	☐
ریه:	Lung:	☐
حروق:	Vessels:	☐
شکم:	Abdomen:	☐
اندام تناسلی (مذکر):	Genital Organ (Male):	☐
اندام تناسلی (مؤنث):	Genital Organ (Female):	☐
مقعد:	Rectum:	☐
اعصاب:	Nervous System:	☐
اندامها (فوقانی، تحتانی):	Extremities:	☐
استخوان-مفاصل-عضلات:	Bones-Joints-Muscles:	☐

خلاصه Summary.....

تشخیص اولیه..... Primary Diagnosis.....

Name Of Examining Physician :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining:

امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

شرح حال مادر باردار (Medical History)

این فرم توسط فرد پذیرش کننده در بلوک زایمان تکمیل می شود.

علت مراجعه: شکایت اصلی خانم باردار برای مراجعه به بیمارستان و بلوک زایمان و زمان شروع آن ثبت شود.

تاریخچه بیماری فعلی: نکات لازم در مورد شکایت اصلی مادر از قبیل نوع درد، شدت درد، میزان خونریزی، ... ثبت شود.

تاریخچه بارداری: موارد ذکر شده در جدول از قبیل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط، مرده زایی و ... تکمیل شود. تعداد مراقبت ها اعم از مراکز دولتی و خصوصی طبق گفته مادر و یا دفتر چه مراقبت، نوشته شود. کلاس آمادگی برای زایمان: در صورت شرکت مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان تعداد جلسات نیز نوشته شود.

تاریخچه بیماری های قبلی: اگر مادر به هر یک از بیماری های زیر مبتلا بوده در این قسمت علامت گذاری شود. در صورت وجود هر بیماری در قسمت توضیحات، زمان شروع بیماری، مدت و دیگر توضیحات مرتبط با بیماری نوشته شود.

تاریخچه خانوادگی: اگر در خانواده درجه اول فرد، بیماری خاصی (ژنتیک، متابولیک، خونی، سرطان، ...) وجود دارد در این قسمت نوشته شود.

تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی: در صورت وجود هر مورد در بارداری و زایمان های قبلی علامت گذاری شود. زایمان سخت: موارد زایمان سخت از جمله دیستوشی شانه از مادر سؤال شود. در سابقه دریافت خون، ملاک فقط دریافت خون است و تعداد واحد آن مد نظر نیست. نوع زایمان های قبلی: با توجه به تعداد زایمان ها، نوع زایمان به تفکیک ثبت شود. در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم نوشته شود.

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: در صورتی که مادر دارویی مصرف می کند (به غیر از مکمل های دارویی)، به داروی حساسیت دارد و یا وابستگی به مواد مخدر/سیگار دارد در قسمت مربوط ثبت شود.

معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

- علائم حیاتی مادر در بدو پذیرش به عنوان علائم حیاتی پایه ثبت شود.
 - زمان شروع دردهای زایمانی به ساعت نوشته شود. مثلاً ساعت ۸ یا ساعت ۱۴/۲۵ یا تعداد ضربان قلب جنین در یک دقیقه کامل و در زمان استراحت رحم شمارش و ثبت گردد. وزن جنین بر اساس ابعاد آن در مانور لئوپولد تخمین زده و به گرم ثبت گردد.
 - در معاینه واژینال، جایگاه جنین: به صورت +۳ تا -۳، نمایش جنین: به صورت سفالیک، بریچ و شانه، وضعیت: به صورت OA, OP, SA, SP و ...، وضعیت کیسه آب: به صورت سالم یا پاره، در صورت پارگی، زمان پارگی به ساعت و وضعیت مایع آمنیوتیک: به صورت شفاف، مکنونیومی و یا خونی نوشته شود.
 - گروه خون و ارهاس مادر با توجه به نتیجه آزمایش (در بارداری یا بدو ورود) نوشته شود. در صورتی که ارهاس مادر منفی است، ارهاس همسر بررسی و ثبت گردد.
 - قد و وزن مادر اندازه گیری و ثبت شود.
 - معاینه فیزیکی: در صورتی که در مشاهده، معاینه و یا سمع مورد غیر طبیعی وجود داشت، در این قسمت ثبت شود.
- خلاصه ای از نکات مهم و قابل تاکید در ثبت فرم در این قسمت نوشته شود. سپس فرد تکمیل کننده فرم، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا نماید. تاریخ و ساعت نیز درج گردد. تکمیل کننده فرم می تواند ماما یا متخصص زنان و زایمان و یا گروه آموزشی (دانشجوی مامایی، انترن، رزیدنت) زیر نظر استاد مربوطه باشد.

شماره پرونده: Unit Number:

ثبت پیشرفت زایمان
Labor Progress Record

ID Number: کد ملی:				Ward: بخش:		First Name: نام:			Family name: نام خانوادگی:		
Attending physician: پزشک معالج:				Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:			Father Name: نام پدر:		
Date of Admission: تاریخ پذیرش:				Bed: تخت:							
Time: ساعت:											
										Date	تاریخ
										Time	ساعت
										FHR	قلب جنین
										شدت	Uterus contraction انقباض رحمی
										Intensity	
										فاصله	
										Frequency	مدت
										Duration	دیلاتاسیون
										Dilatation	افاسمان
										Effacement	ایستگاه
										Station	توضو نمایش
										Presentation	وضعیت
										Position	کیسه آب
										Amniotic Membrane	دستورات دارویی
										Medication Order	اکسی توسین/میزوپروستول
										Oxytocin/misoprostol	تعداد قطره / مقدار
										Dose/Drop in min	تعداد نبض
										P	فشارخون
										BP	تعداد تنفس
										RR	درجه حرارت
										T	نام و نام خانوادگی مراقبت کننده
										Signature	

ثبت پیشرفت زایمان (Record Progress Labor)

در صورتی که مادر در فاز نهفته بستری شود می بایست فرم ثبت پیشرفت زایمان تکمیل گردد. پس از شروع فاز فعال زایمان، ادامه مراقبت ها در فرم پارتوگراف نوشته می شود.

صدای قلب جنین، انقباضات رحمی، پیشرفت زایمان و علائم حیاتی مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان بررسی و تکمیل شود. وضعیت کیسه آب: پس از معاینه واژینال کیسه آب از نظر سالم یا پاره بودن و مایع آمنیوتیک از نظر شفاف، مکونیومی و یا خونی بررسی و ثبت گردد. پارگی کیسه آب با توجه به زمان آن ثبت شود.

دستورات دارویی: در صورتی که در فاز نهفته نیاز به تجویز دارو است در این قسمت ثبت شود.

اکسی توسین / میزوپروستول: در صورتی که نیاز به القای زایمان وجود دارد لازم است نام دارو و مقدار آن با توجه به ساعت شروع ثبت گردد.

نام و نام خانوادگی معاینه کننده در هر نوبت معاینه نوشته و مهر زده شود. نکته: در زمان تعویض شیفت لازم است تحویل گیرنده شیفت، صرف نظر از زمان معاینه قبلی، پیشرفت زایمان مادر را بررسی و فرم را تکمیل نماید.

- روش های کاهش درد (دارویی / غیر دارویی): در صورت استفاده از روش کاهش درد دارویی (اسپینال، اپی دورال، انتونوکس) و یا غیر دارویی (گرما درمانی، سرما درمانی، ماساژ، استفاده از آب، ...) در حین لیبر- فاز نهفته و فعال- ساعت شروع و مدت زمان استفاده از آن نوشته شود. در صورت استفاده از داروهای سیستمیک مانند پتدین، در فرم پارتوگراف درج شود.

حضور همراه: اگر همراه (آموزش دیده یا غیر آموزش دیده) بر بالین مادر حضور دارد، در این قسمت علامت گذاری شود.

توضیحات: سایر مواردی که نیاز است در مورد وضعیت مادر توضیح داده شود در این قسمت نوشته شود.

روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

Pain management (Pharmacological, Non- Pharmacological)

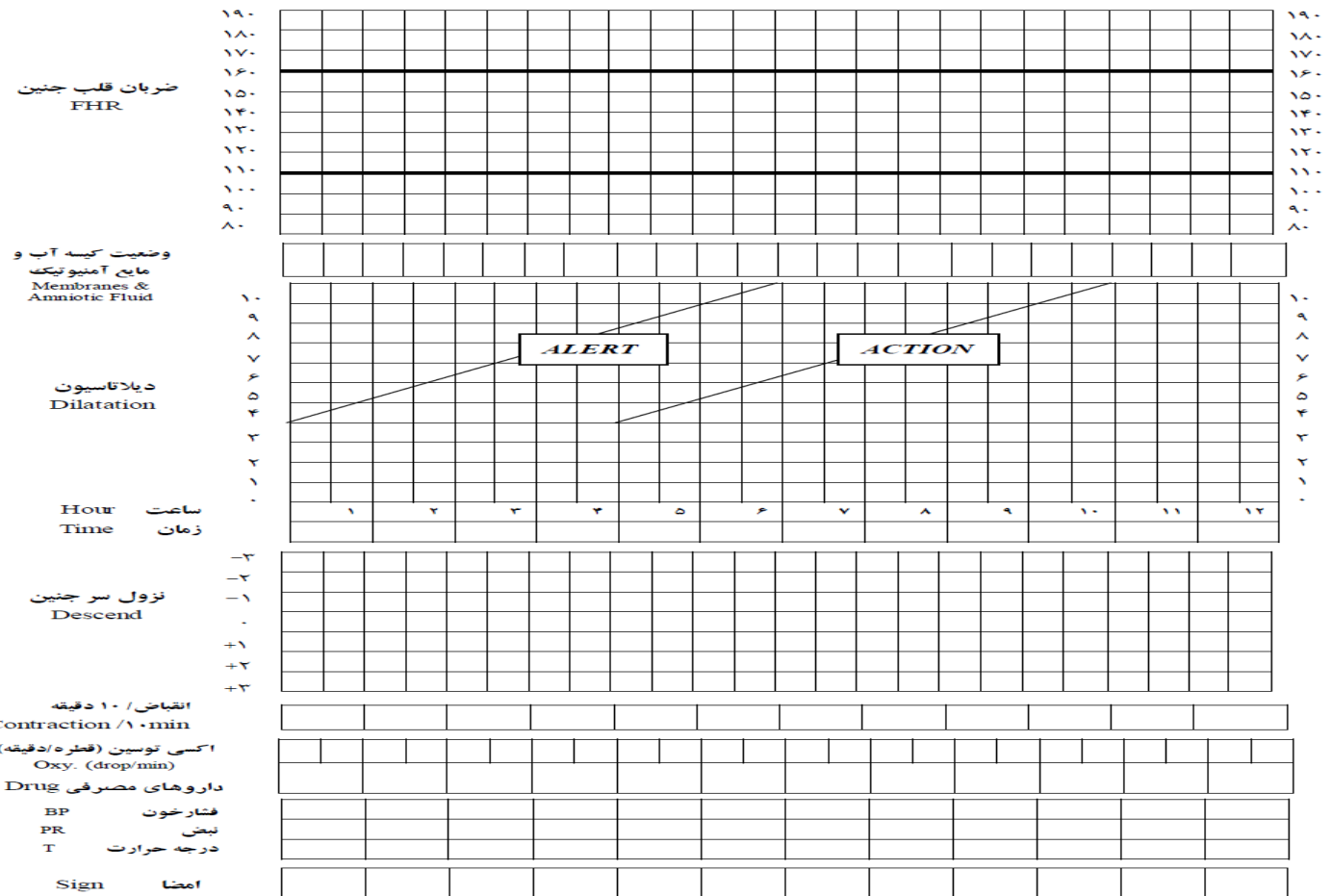
Method :	 نوع روش :		
Onset of Pain management	 ساعت شروع:		
Duration	 مدت زمان استفاده:		
Labor support :	No : خیر :	Yes: بله :	حضور همراه:
توضیحات:			

پارتوگراف

Partograph Chart

شماره پرونده: Unit Number:

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission Time:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				



DB-3

پارتوگراف (Partograph)

نحوه استفاده از پارتوگراف

پارتوگراف ابزاری است برای اداره زایمان که در آن تمامی مراحل پیشرفت زایمان، علائم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین و اقدامات دارویی انجام شده برای مادر قابل ثبت است. هر مادر برگه پارتوگراف مخصوص خود را دارد و کنترل کننده لیبر و عامل زایمان موظف است از زمان شروع فاز فعال تا پایان مرحله سوم زایمان آن را تکمیل کند. در هر پارتوگراف موارد زیر وجود دارد که به ترتیب توضیح داده خواهد شد:

وضعیت جنین: ضربان قلب جنین، پرده های جنینی و مایع آمنیوتیک

پیشرفت زایمان: دیلاتاسیون سرویکس، نزول سر جنین، انقباضات رحم

وضعیت مادر: نبض، فشارخون و درجه حرارت، استفاده از اکسی توسین و داروهای دیگر

۱- وضعیت جنین

ضربان قلب جنین: ضربان طبیعی بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است که در نمودار این دو خط تیره تر کشیده شده بین این دو خط محدوده طبیعی مشخص است. در صورتی که منحنی از بین این خطوط خارج شد بر اساس راهنمای کشوری بیمارستان دوستدار مادر، بخش تست های ارزیابی سلامت جنین اقدام شود.

کیسه آب و مایع آمنیوتیک: وضعیت کیسه آب در هر معاینه مطابق علائم زیر ثبت می شود:

I(Intact) : پرده ها سالم است. R(Rapture) : کیسه آب پاره است. C(Clear) : مایع آمنیوتیک شفاف است.

M(Meconium) : مایع آمنیوتیک به مکنونیوم آغشته است. B(Bloody) : مایع آمنیوتیک به خون آغشته است.

۲- پیشرفت زایمان

دیلاتاسیون سرویکس: از زمانی بر روی پارتوگراف ثبت می شود که فاز نهفته پایان یافته و دیلاتاسیون به ۴ سانتی متر رسیده است. اولین معاینه را در زمان صفر نمودار علامت گذاری (X) کنید و سپس مطابق راهنمای کشوری زایمان فیزیولوژیک با روشهای کاهش درد (در مادران کم خطر) نتایج معاینه را ثبت کنید. دو خط احتیاط (Alert) و اقدام (Action) وجود دارد.

خط احتیاط (Alert): از ۴ سانتی متر شروع و به ۱۰ سانتی متر ختم می شود. متوسط پیشرفت دیلاتاسیون ۱ سانتی متر در یک ساعت در نظر گرفته شده است.

خط اقدام (Action): خطی موازی خط احتیاط به فاصله ۴ ساعت از خط احتیاط می باشد.

تا زمانی که علامت ها در سمت چپ خط احتیاط و یا روی آن قرار دارد، پیشرفت زایمان رضایت بخش است. زمانی که منحنی بین خطوط احتیاط و اقدام باشد نیاز است تا علل پیشرفت نامناسب زایمان مورد توجه قرار گرفته و بیشتر بررسی شود. در این مرحله در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و علایم حیاتی مادر ۴ ساعت به مادر زمان دهید و با دقت پیشرفت زایمان را بررسی کنید، اگر منحنی از خط اقدام بگذرد باید تصمیم گیری سریع برای ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین انجام شود.

نکته ۱: در پارتوگراف هر مربع کوچک نشانه نیم ساعت (۳۰ دقیقه) است.

نکته ۲: علامت گذاری ها باید بر روی خطوط انجام شود.

نزول سر جنین: منحنی نزول سر جنین در پارتوگراف WHO بر روی نمودار دیلاتاسیون کشیده می شود. نزول سر با معاینه شکمی تعیین می شود و از معیار ۰/۵ تا ۵/۵ استفاده می شود. از آنجایی که در کشور ما تعیین نزول سر با معاینه واژینال و بر اساس فاصله سر جنین تا خار ایسکیال سنجیده می شود، جدولی مطابق با معیار ۳- تا ۳+ در زیر جدول دیلاتاسیون طراحی شده تا نزول سر جنین در آن ثبت شود.

انقباضات: تعداد و طول مدت انقباضات رحم را در ۱۰ دقیقه کنترل کنید. به منظور ثبت آن مدت زمان و تعداد انقباضات در ده دقیقه را به صورت زیر بنویسید:

مثال: چنانچه مادر سه انقباض در ده دقیقه دارد و هر انقباض ۴۰ ثانیه طول می کشد به صورت ۳×۴۰ بنویسید.

۳- وضعیت مادر

علائم حیاتی مادر شامل فشار خون، نبض و درجه حرارت را ثبت کنید.

* در صورت استفاده از اکسی توسین تعداد قطره در دقیقه با توجه به زمان ثبت شود. در صورت استفاده از داروهای دیگر حتما تاریخ و مقدار مصرف دارو ذکر گردد.

پس از انجام زایمان، شرح مختصری شامل تاریخ و ساعت زایمان، جنس نوزاد، اپی زیاتومی در صورت انجام شدن، در صورت پارگی ذکر درجه پارگی (چنانچه اپی زیاتومی منجر به پارگی درجه سه یا بیشتر شده حتما در قسمت اپی زیاتومی "بلی" را انتخاب نموده سپس درجه پارگی را علامت بزنید چنانچه بدون اپی زیاتومی منجر به پارگی شده "خیر" را علامت زده و میزان پارگی را براساس راهنمای شماره ۲۲ زایمان طبیعی و روشهای غیر دارویی کاهش درد از درجه ۱ تا ۴ علامت بزنید، زمان خروج جفت، خروج کامل یا ناکامل پرده ها و جفت، نام عامل زایمان، در صورت ارجاع به اتاق عمل (در طول مدت لیبر یا پس از زایمان)، علت آن (به طور مثال به علت سزارین یا ترمیم پارگی و غیره) و ساعت انتقال به بخش در فرم پارتوگراف ثبت شود. در صورت نیاز به توضیح بیشتر در ادامه آن بنویسید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
دانشگاه علوم پزشکی: **University of Medical Science:**
مرکز پزشکی آموزشی درمانی: **Medical Center:**

شماره پرونده: Unit Number:

زایمان

Delivery

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

Placenta expulsion : ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time: تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion : خروج جفت و پرده ها: Incomplete ناقص Complete کامل	Position of delivery : وضعیت زایمان upright لیثوتومی Lithotomy
No : خیر : Yes: بله 4 3 2 1 در صورت پارگی، درجه آن:	Delivery Method روش زایمان Instrumented delivery واژینال با وسیله Vaginal Cesarean سزارین VBAC واژینال بعد از سزارین
Dead/مردده Alive/زنده Apgar at 5 / آپگار دقیقه پنجم	Infant Sex جنس نوزاد Ambiguous مبهم Male پسر Female دختر
No/نوزاد ندارد Apgar at 1/ آپگار دقیقه اول	Physician/پزشک Birth attendant / عامل زایمان
Midwife/ماما	
توضیحات ضروری:	

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	نوع دارو	ساعت، میزان و طریقه مصرف	نوع دارو
	پروستاگلاندین $F_2\alpha$ Prostaglandin $F_2\alpha$		اکسی توسین Oxy.
	Misoprostol میزوپروستول		مترژن Methergine
	Other سایر:		آنتی بیوتیک Antibiotic

زایمان (Delivery)

خلاصه وضعیت زایمانی مادر در این برگ ثبت شود. در صورتی که زایمان در اتاق عمل و به صورت سزارین انجام می شود نیز می بایست این فرم تکمیل گردد.

- با توجه به موارد موجود در فرم، اطلاعات مربوط به زایمان شامل تاریخ و ساعت زایمان، ساعت و وضعیت خروج جفت (خروج ناقص جفت در مواردی علامت گذاری شود که اقدامی مانند کوراژ و یا انتقال به اتاق عمل برای خروج جفت انجام شده باشد و در اقدامات قسمت توضیحات نوشته شود)، وضعیت زایمان، روش زایمان و ... و خلاصه ای از وضعیت نوزاد ثبت شود. اطلاعات کامل نوزاد در برگ معاینه نوزاد ثبت می شود. در صورتی که نیاز به ذکر مطالب بیشتر است در قسمت توضیحات ضروری نوشته شود.
- داروهای مصرفی در صورت نیاز: داروهایی که در طول زایمان برای مادر تجویز شده است به همراه ساعت، میزان و طریقه مصرف آن نوشته شود.

- مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان:

ساعت اول پس از زایمان به چهار قسمت تقسیم شده که هر قسمت نشانه ۱۵ دقیقه است. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آریته، رنگ پریده، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان)، وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم و شل، ...)، وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم، هماتوم، خونریزی فعال از محل برش یا پانسمان سزارین)، وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی (مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان). مراقبت کننده، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا کند.

- در هنگام انتقال مادر از بلوک زایمان به بخش، اتاق عمل یا بخش مراقبت های ویژه، تاریخ، ساعت، میزان فشارخون و نبض مادر اندازه گیری و ثبت شود. وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم و شل، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان) و حال عمومی (هوشیار، آریته، رنگ پریده، ...) وی نوشته و سپس مادر منتقل گردد.

مراقبت 2 ساعت اول پس از زایمان Post partum care (2 hour)

ساعت دوم پس از زایمان Post partum care (second hrs)		ساعت اول پس از زایمان Post partum care (first hrs)				
						ساعت Time
						حال عمومی General appearance
						میزان خونریزی Bleeding
						وضعیت رحم Uterine
						وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum & Suture
						وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
						فشارخون Blood Pressure
						درجه حرارت Temperature
						تعداد نبض Pulse
						تعداد تنفس Respiratory Rate
						نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

مادر در تاریخ ساعت با فشارخون نبض وضعیت رحم میزان خونریزی حال عمومی به بخش پس از زایمان اتاق عمل بخش مراقبت های ویژه انتقال یافت.

DB-4

شماره پرونده: Unit Number:

مراقبت پس از زایمان

Post partum care

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

هر 6 ساعت تا زمان ترخیص Post partum (till discharge)	ساعت سوم تا ساعت ششم پس از زایمان Post partum (3-6 hours)	
		ساعت Time
		حال عمومی و سطح هوشیاری Appearance & Consciousness
		میزان خونریزی Bleeding
		وضعیت رحم Uterus
		وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum
		فشارخون Blood Pressure
		وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
		درجه حرارت Temperature
		تعداد نبض Pulse
		تعداد تنفس Respiratory Rate
		میزان برون ده ادراری Urine Output
		داروهای مصرفی Medicines
		نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

نتایج آزمایش های قبل از ترخیص Result of Lab before discharge.....
هموگلوبین / Hb: سایر / Other:

آموزش و توصیه Education & recommendation.....

Contraception روش پیشگیری از بارداری	Activity & Intercourse فعالیت و مقاربت	Individual & Emotional health بهداشت فردی و روان
Maternal danger sign علامت خطر مادری	New born danger sign علامت خطر نوزادی	New born care مراقبت از نوزاد
Next visit date زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	Nutrition in breast feeding تغذیه زمان شیردهی	مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی reast feeding/ Breast care/ Using drug

Helping mother for second breast feeding date & time :

تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر:

Name & Signature :

نام خانوادگی و امضاء آموزش دهنده

Discharge Date & Time :

تاریخ و ساعت ترخیص :

مراقبت پس از زایمان (Post Partum Care)

- این فرم از ساعت سوم پس از زایمان تا ترخیص مادر، در بخش پس از زایمان تکمیل می گردد. از ساعت سوم تا ششم پس از زایمان، مادر هر یک ساعت و پس از آن هر ۶ ساعت تا ترخیص مراقبت می شود. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آریته، رنگ پریده، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان)، وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم، ...)، وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم،هماتوم، خونریزی فعال از محل برش یا پانسمان سزارین)، وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی کنترل و ثبت شود. در صورتی که برای مادر در این مدت دارویی تجویز شده است، نام دارو، طریقه مصرف و میزان آن نوشته شود. مراقبت کننده، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا نماید.
- نتایج آزمایش قبل از ترخیص: هموگلوبین مادر قبل از ترخیص اندازه گیری و ثبت شود. در صورتی که نیاز به انجام آزمایش دیگری وجود دارد، نام و نتیجه آن نوشته شود.
- آموزش و توصیه: چنانچه فرم مجزایی برای آموزش به بیمار تهیه شده است، لازم است این فرم نیز تکمیل شود. در این فرم، عناوین آموزشی مورد نیاز مادر قبل از ترخیص مادر آورده شده است.
- تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر ثبت شود.
- آموزش دهنده به مادر، نام و نام خانوادگی خود را ثبت و مهر و امضا نماید.
- تاریخ و ساعت ترخیص مادر نوشته شود.

راهنمای تکمیل برگه های نوزاد تازه متولد شده

برگه های نوزاد شامل "شرح حال نوزاد بدو تولد" و "معاینه بدنی و بررسی های پزشک" است.

شرح حال نوزاد بدو تولد (Newborn Birth History)

این برگه شامل دو صفحه است که صفحه اول توسط عامل زایمان و صفحه دوم توسط مراقب نوزاد، که می تواند عامل زایمان نیز باشد تکمیل می گردد.

Mother's ID Number

کد ملی مادر:

شرح حال نوزاد بدو تولد

NEWBORN BIRTH HISTORY

Mother's Unit Number: شماره پرونده:

Mother's date of birth تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name نام خانوادگی مادر:
Consanguinity نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Familyname پدر: نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality ملیت مادر:	Father's Nationality ملیت پدر:

تاریخچه پزشکی مادر.....Mother's Medical History.....

Delivery Method روش زایمان	Gestational age (week) سن بارداری به هفته:	Gravidity تعداد حاملگی:
Vaginal Delivery واژینال	by sonography سن بارداری با سونوگرافی:	Parity تعداد زایمان:
Instrumented delivery واژینال با وسیله	3 2 1	Abortion تعداد سقط:
VBAC واژینال بعد از سزارین	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth تعداد مرده زایی:
Cesarean سزارین	EDC تاریخ احتمالی زایمان:	
Cause of cesarean علت سزارین		
Hypertension فشارخون بالا	Fetal distress زجر جنین	Abnormal labor لیبر غیر طبیعی
Cephalopelvic disproportion عدم تناسب سر با لگن	Elective Cesarean خواست مادر	Malposition of fetus نمایش غیرطبیعی
Others سایر	Placenta & Umbilical cord Disorders مشکلات جفت و بندناف	
Hypertension فشارخون بالا	Diabetes دیابت	Genito-urinary infections عفونت های ادراری - تناسلی
Others سایر	Hereditary disease in family بیماری ارثی در خانواده	Thyroid بیماری تیروئید
Drug or substance abuse. سوء مصرف مواد و داروها		
Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs before pregnancy مصرف داروی خاص پیش از بارداری
Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو	drugs during pregnancy مصرف داروی خاص حین بارداری
Drug نام دارو	Drug Sensitivity حساسیت دارویی	
Drugs during labor & delivery مصرف دارو حین لیبر وزایمان :		
Others سایر	Corticosteroid کورتیکو استروئید	Narcotic داروی مخدر
	MgSo4 سولفات منیزیم	Oxytocin اکسی توسین

تاریخچه پزشکی مادر: موارد ذکر شده در جدول شامل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط و مرده زایی تکمیل شود. سن بارداری به هفته بر اساس سونوگرافی مربوط به سه ماهه اول، سه ماهه دوم و سه ماهه سوم، هم چنین بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مادر، ثبت می گردد. روش زایمان بر اساس گزینه های مربوطه انتخاب شود. در صورتی که علت زایمان سزارین است، از جدول مربوط به علت سزارین یک علت به عنوان علت اصلی انتخاب و علامت زده شود.

در صورت وجود بیماری علت بیماری مادر از گزینه های تعیین شده علامت گذاری شود.

در صورت وابستگی مادر به مواد، نام ماده یا داروی مصرفی ذکر گردد.

مصرف داروی خاص که جهت درمان بیماری در پیش از بارداری و بارداری استفاده می شود مانند لووتیروکسین در کم کاری تیروئید و یا داروهای فشار خون جزو داروهای خاص دسته بندی می گردند که باید انتخاب شود و مدت زمان مصرف ذکر گردد.

در صورت وجود حساسیت دارویی (غذایی و فصلی مورد نظر نمی باشد) این گزینه با ذکر نوع دارو انتخاب می گردد.

مصرف دارو در حین لیبر و زایمان از گزینه های مربوطه انتخاب می گردد و اگر نوع دارو خارج از داروهای ذکر شده باشد گزینه سایر انتخاب گردد ولی نیاز به ذکر نوع دارو نیست.

اطلاعات تولد..... Detail of the birth.....

Time & Date rupture of membrane		تاریخ و ساعت پارگی پرده ها	
Amniotic fluid Bloody خونی Meconium مکنونیومی Clear شفاف	وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف Clear مکنونیومی Meconium خونی Bloody	Amniotic fluid volume Oligohydramnios اولیگو هیدر آمنیوس Polyhydramnios پلی هیدر آمنیوس	حجم مایع آمنیوتیک: طبیعی Normal پلی هیدر آمنیوس Polyhydramnios
Newborn's time of birth ساعت تولد نوزاد:		Newborn's date of birth تاریخ تولد نوزاد:	
plurality : Birth Order:		Newborn Sex: Ambiguous مبهم Male پسر Female دختر	
Skin to skin contact Duration: Breast Feeding in first hour		Urinating after birth Defecation after birth	
مدت تماس پوست با پوست: تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد		دفع ادرار بعد از تولد دفع مدفوع بعد از تولد	
Cord blood sample نمونه خون شریان بندناف			
Congenital Anomaly		وجود ناهنجاری بدو تولد:	
Nervous system Down Syndrome Cleft lip/palate Ear & eye Others Non determined	سیستم عصبی سندرم داون (تریزومی 21) شکاف لب/شکاف کام گوش و چشم	Neural tube disorders Hands & Feet Other's Chromosomal anomalies Musculoskeletal سایر ناهنجاری های تعریف نشده	نقص لوله عصبی دستها و پاها Genito-urinary عضلانی و اسکلتی سایر ناهنجاری های کروموزومی Face & Neck
		No Anomaly دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه سایر ناهنجاری های کروموزومی قلبی و عروقی گرددن و صورت	

اطلاعات تولد: در این جدول اطلاعات خواسته شده در مورد تاریخ و ساعت پارگی پرده ها، وضعیت مایع آمنیوتیک، جنسیت، ساعت و تاریخ تولد و تعداد قل نوزاد، دفع ادرار و مکونیوم بعد تولد، مدت زمان تماس پوست با پوست و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول ثبت گردد.

در صورت تهیه خون بندناف **گزینه های مورد نظر** را بنویسید.

در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد، نوع ناهنجاری به هر تعداد مشخص و ثبت گردد.

نمره آپگار نوزاد در جدول آپگار با توجه به وضعیت نوزاد انتخاب و ثبت گردد. آپگار می بایست در دقیقه ۱ و ۵ نمره دهی شود. اگر عدد آپگار در دقیقه پنجم کمتر از ۷ باشد، اندازه گیری دقیق ۱۵ و ۲۰ صورت می گیرد. در تمامی مراحل وقایع رخ داده در جریان احیا و نیز زمان وقوع آن به دقت ذکر گردد.

نام و نام خانوادگی عامل زایمان و پزشک مسئول زایمان ثبت و مهر و امضا شود.

در انتها نیز اثر انگشت مادر و اثر پای نوزاد ثبت گردد.

جدول آپگار
APGAR Score

20 دقیقه	15 دقیقه	10 دقیقه	5 دقیقه	1 دقیقه	2	1	0	نشانه Sign
					کاملاً صورتی Completely pink	سیانوزانتهاها Acrocyanotic	سیانوز یا رنگ رید Blue or pale	رنگ Color
					بیشتر از 100 در دقیقه >100 bpm	کمتر از 100 در دقیقه < 100 bpm	ندارد Absent	ضربان قلب Heart rate
					گریه و واکنش فعال Cry & active Withdrawal	تغییر چهره Grimace	پاسخ نمی دهد No response	واکنش به تحریک Reflex irritability
					حرکت فعال Active motion	فلکسیون مختصر Some flexion	شل Limp	تون عضلانی Muscle tone
					خوب، گریه می کند Good, Crying	گریه ضعیف، تنفس کم Weak cry & Hypoventilation	وجود ندارد Absent	تنفس Respiration
جمع								
resuscitation احیاء						توضیحات:		
20	15	10	5	1	Minutes دقیقه			
					Oxygen اکسیژن			
					PPV/NCPAP			
					لوله گذاری داخل ETT تراشه			
					فشاردن قفسه سینه Chest Compression			
					اپی نفرین Epinefrine			
The doctor birth Signed & sealed مهر و امضای پزشک مسئول زا یمان						Birth midwife/physician Signed & sealed مهر و امضای عامل زایمان		

اثر انگشت مادر
Mother Finger Print

اثر پای چپ نوزاد (Left) Newborn Foot Print

اثر پای راست نوزاد (Right) Newborn Foot Print

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:
مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center:

معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد

**Physical Examination &
Clinical Investigation of Newborn**

Mother's ID Number کد ملی مادر:		Mother's Unit Number: شماره پرونده:	
Mother's date of birth تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name نام خانوادگی مادر:	
Consanguinity نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh: گروه خونی مادر:	Father's Family name نام و نام خانوادگی پدر:	
Birth Attendant MD پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality ملیت مادر:	Father's Nationality ملیت پدر:	

علائم حیاتی	نبض/PR:	دم/ما/T:	تنفس/RR:
اولین معاینه Exam ^{1st}			
	طبیعی Normal	غیر طبیعی Abnormal	
جمجمه و مایع ها			
Skull & Fontanel			
پوست			
Skin			
سر و گردن و صورت			
Head & Neck & Face			
قفسه سینه و تنفس			
Chest & Respiratory			
قلب			
Heart			
شکم			
Abdomen			
دستگاه تناسلی			
Genital Organ			
اندام ها			
Extremities			
ستون مهره ها			
Spain			
مقعد			
Anus			
صدمات زایمانی			
Birth trauma			
ناهنجاریهای بدو تولد			
Congenital Anomaly			
سایر موارد			
Others			
دفع ادرار			
Urination			
دفع مدفوع			
Defecation			
رفلکسی ها			
Reflexes			

تاریخ و ساعت معاینه: Time & Date exam:	- مهر و امضای معاینه کننده Signed & sealed
تاریخ و ساعت تحویل نوزاد Time & Date transfer	مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد Signed & sealed
مهر و امضای تحویل گیرنده نوزاد Signed & sealed	مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد Signed & sealed

معاینه بدنی و بررسی های پزشک

Physical Examination & Clinical Investigation

وزن به گرم: Birth weight (gr)		قد به سانتی متر: Height (cm)		دور سر به سانتی متر: Head Circumference (cm)	
سن به هفته: Birth age (week)					
علائم حیاتی Vital Signs		نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:		نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:	
اولین معاینه Exam 1st		دومین معاینه Exam 2nd			
طبیعی Normal		غیرطبیعی Abnormal		طبیعی Normal	
غیرطبیعی Abnormal		غیرطبیعی Abnormal		غیرطبیعی Abnormal	
جمجمه و ملاح ها Skull & Fontanel					
پوست Skin					
سر و گردن و صورت Head & Neck & Face					
قفسه سینه و تنفس Chest & Respiratory					
قلب Heart					
شکم Abdomen					
دستگاه تناسلی Genital Organ					
اندام ها Extremities					
ستون مهره ها Spain					
مقعد Anus					
صدمات زایمانی Birth trauma					
ناهنجاریهای بدو تولد Congenital Anomaly					
سایر موارد Others					
دفع ادرار Urination					
دفع مدفوع Defecation					
رفلکس ها Reflexes					
تغذیه با شیر مادر Breastfeeding :		مطلوب Desirable		نامطلوب Undesirable	
استفراغ: Vomiting :		دارد Yes		ندارد No	
تب: Fever :		دارد Yes		ندارد No	
بیقراری: Agitation :		دارد Yes		ندارد No	
سایر موارد Other		دارد Yes		ندارد No	
تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:		تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:		تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:	
مهر و امضا پزشک: Physician Signed:		مهر و امضا پزشک: Physician Signed:		مهر و امضا پزشک: Physician Signed:	

(Physical Examination & Clinical Investigation of Newborn)

در جدول معاینه بدنی و بررسی های بعد از تولد، علایم حیاتی و نتایج معاینه بدنی نوزاد ثبت می گردد (این معاینه اولیه نوزاد توسط عامل زایمان و ترجیحاً مامای مراقب نوزاد انجام می شود).

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده و تحویل گیرنده نوزاد ثبت و مهر و امضا گردد.

معاینه بدنی و بررسی های پزشک

در این برگه علایم حیاتی، وزن، اندازه های نوزاد و معاینه بدنی نوزاد توسط پزشک در دو نوبت در ۲۴ ساعت اول و ترجیحاً در ۱۲ ساعت بدو تولد و معاینه دوم قبل از ترخیص انجام شده و ثبت می گردد.

نکته

❖ فرمهای پارتوگراف – کنترل لیبر – کنترل زائو در پست پارتوم و... بطور کامل و دقیق طبق پروتکل تکمیل شود.

❖ نوع زایمان (فیزیولوژیک – استفاده از انواع بی دردی اپیدورال، اسپینال، انتونکس – زایمان در آب) بطور دقیق در گزارش ثبت شود.

❖ مشخصات نوزاد بصورت دقیق در فرم مربوطه ثبت گردد. (تمامی موارد جنس – وزن – ساعت تولد – و... ثبت شده است .)

❖ گزارشات شرح زایمان، پارتوگراف، لیبر و..... بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی و فضای خالی باشد.

نکته

- ✓ مشخصات بیمار مطابق با پروتکل شناسائی ایمن بر روی کلیه اوراق بطور کامل ثبت گردد. (نام – نام خانوادگی – تاریخ تولد / روز / ماه / سال – یا نام پدر)
- ✓ در گزارش پرستاری بدو ورود ، نحوه مراجعه – علت بستری و شکایت بیمار..... اشاره شود
- ✓ علایم حیاتی و سایر اطلاعات خواسته شده در برگ چارت و در محل خود بطور دقیق و مطابق با پروتکل با رعایت زمان استاندارد چارت شده است . (فواصل کنترل مطابق با دستور پزشک و کاردکس بیمار است)
- ✓ در مورد وضعیت بیمار (علایم حیاتی ، سطح هوشیاری ، علایم عینی و ذهنی) توضیحات کافی داده شود
- ✓ اولین ارزیابی با توجه به شرایط بیمار ، در محدوده زمانی ابلاغ شده انجام شود.(فرم ارزیابی بصورت دقیق و کامل تکمیل شده است .)
- ✓ در ثبت نقل قول ها ، عین گفته بیمار داخل ((.....)) قرار گیرد.

نکته

- ❖ دستورالعمل پزشکی با ثبت تعداد موارد چک شده از تعداد کل دستورالعمل و درج ساعت و تاریخ توسط چک کننده امضاء شده و سپس با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن دستورالعمل نمی باشد
- ❖ (دستورالعمل ERROR شده با ذکر شماره ثبت شده باشد)
- ❖ دستورالعمل داروهای پرخطر توسط دو پرسنل امضاء شده باشد)
- ❖ هر گونه مداخله مامائی در گزارشات ثبت شده است
- ❖ رژیم غذائی بیمار / نوع رژیم / روش دریافت رژیم غذائی / میزان و تاریخ زمان شروع ثبت شده است
- ❖ آموزش های بدو بستری – حین بستری و حین ترخیص از بلوک زایمان در گزارش زائو ثبت شده است.

گزارشات پرستاری بطور خوانا و متوالی فقط با خودکار آبی و مشکی نوشته شود و فضای خالی بین آنها نبوده و پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده که جایی برای اضافه کردن نباشد

نوع و ساعت کلیه اقدامات درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی بر اساس ترتیب زمان انجام ثبت شود.

از واژه های مبهم مثل خوب، نرمال ، متوسط و... در گزارش استفاده نشود.

به ساعت انجام اقدامات خاص (مثل آزمایشات ، رادیو گرافی ، ویزیت پزشک و...) اشاره شده است

فرایند محاسبه و دادن داروهای پر خطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت و تأیید و امضای گردد. (شامل: دیگوسین وریدی، انسولین، مخدرها، اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی، ترکیبات تغذیه کامل وریدی، دوزهای کودکان از ویالهای چند دوزی، خون و فرآورده های خونی، کلرور پتاسیم)

نکته

آزمایشات و خدمات پاراکلینیک بر اساس تاریخ و ساعت انجام در برگه های مربوطه پرونده بصورت ایمن نصب شود. نتایج اقدامات (کلینیک – پاراکلینیک) و پیگیری ها بطور دقیق در همان زمان با رعایت توالی ساعت و تاریخ به پزشک گزارش شود. (گزارش به پزشک و نتیجه آن بایستی در گزارش پرستاری ذکر شود)

وضعیت دفع بیمار ثبت گردد. (در صورت مداخله و تجویز دارو مطابق با دستور پزشک ثبت و اجرا شود)

هر گونه تغییر (ناگهانی) در وضعیت بیمار با ذکر روش گزارش دهی / ساعت گزارش به پزشک / ساعت حضور پزشک بر بالین بیمار / ساعت انجام اقدامات درمانی انجام شده و.....، بطور کامل ثبت شود. پیگیری ها مربوط به دریافت نتایج آزمایشات ، مشاوره ها و ... ثبت شود.

اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و ی پیگیری شوند ، گزارش و ثبت گردد. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره و شروع اینداکشن و....

ای روزهای خوب

که در راهید

از پشت لحظه ها به در آید

