



گزارش نویسی

ارائه دهنده : سوسن دادرس
کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد بیهوشی
آبان ۱۴۰۰

اصول ثبت صحیح اقدامات و

مراقبت های پرستاری

تعریف گزارش نویسی :

- گزارش نویسی یعنی نوشتن اخبار، اطلاعات، رویدادها و دلایل و تجزیه و تحلیل آن ها به شکل روشن و کوتاه با رعایت دو اصل مهم ساده نویسی و درست نویسی.
- نکته: گزارش باید به گونه ای تهیه شود که هدف مورد نظر را در کوتاه ترین زمان و با ساده ترین گفتار بیان کند.

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

۱.ارتباط

۲. آموزش

۳. تحقیق

۴. نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی

۵.تهیه صورت حساب مالی

۶.ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار

۷. تقویت مهارت های تفکر در دانشجویان

اهداف گزارش نویسی

۱. ارتباط: اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود بوسیله گزارش نویسی با هم ارتباط هستند

۲. آموزش: ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص ، ارتباط علایم با هم ، موفقیت یا عدم موفقیت درمان را به دانشجویان حرفه ای پزشکی می دهد.
۳. تحقیق:

گزارشات منبعی برای جمع اوری در رابطه با تکرار یک بیماری ، عوارض ، استفاده از درمان یا پرستاری خاص، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می باشد

اهداف گزارش نویسی

۴. نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی:
با مطالعه گزارشات ، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد.

۵. تهیه صورت حساب مالی:
از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات ، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود

اهداف گزارش نویسی

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

۷. گزارش نویسی مهارتهای تفکر را در دانشجویان تقویت می کند.

• کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

جنبه های قانونی ثبت

جنبه حقوقی ثبت

جنبه های ارتباطی ثبت

جنبه های درمانی ثبت

جنبه های پیشرفت بیماری

جنبه تحقیقاتی ثبت

جنبه های آموزشی دانشجویان

جنبه های رسیدگی یا نظارت

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

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

۱. حقیقت Actuality

۲. دقت Accuracy

۳. کامل و مختصر Completeness and Concise

۴. پویا Current

۵. سازماندهی Organize

۶. محرمانه Confidential

حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.

گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند.

از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

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

• گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

دقت در گزارش نویسی :

موارد ثبت شده درمورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء
تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند

گزارش صحیح:

بیمار ۳۶۰ سی سی مایعات (اب) مصرف نموده است.

گزارش غلط:

بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح :

زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ سانتی متر طول دارد.

گزارش غلط:

زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدارمی باشد.

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاري (Abbreviation) غيراستاندارد جدا خودداري
نماييد.

علائم اختصاري استاندارد را نيز دقيق هجي نماييد و سپس در گزارش نويسي استفاده
کنيد.

در ثبت گزارشات پرستاري به هيچ عنوان نبايستي اقدامات مراقبتي و درماني که توسط
يك پرستار انجام مي شود توسط پرستار ديگري ثبت يا چارت گرد

در گزارشات پرستاري در ارتباط با اقدامات درماني و مراقبتي بايستي به وضوح ذکر گردد چه کاري، توسط چه کسي و چه زماني انجام شده است.

چنانچه گزارش پرستار دقيق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاري خود و قضاوت دچار شك و ابهام مي گردند و در نتیجه راي صادره قابل اعتماد نیست.

عامل ديگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده مي باشد. امضاء شخص بايستي داراي اين مشخصات باشد: نام و نام خانوادگي، سمت، رتبه، تاريخ و ساعت

کامل بودن گزارش :

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درك آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.

در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

پویا بودن گزارش :

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند

سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد

فعاليتها و وقايعي که بايستي بطور جاري و بدون وقفه ثبت گردد شامل :

۱. علائم حياتي
۲. تجويز دارو و اقدامات درماني
۳. آماده کردن بيمار براي تستهاي تشخيصي
۴. تغيير در وضعيت سلامت
۵. پذيرش، انتقال، ترخيص يا مرگ بيمار
۶. اداره تغييرات ناگهاني در وضعيت بيمار

سازماندهي گزارش :

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و
سازماندهي شوند و بهتر است از

فرمهاي مخصوص استفاده گردد

محرمانه بودن گزارش :

کلیه گزارشات باید محرمانه ودور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر

هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد

روشهای گزارش کلامی پرستاری:

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

چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده

می شود:

گزارش تعویض شیفت: *change of shift reports*

گزارش تلفنی: *Telephone reports*

گزارش انتقالی: *Transfer reports*

گزارش حوادث اتفاقی: *reports Incident*

گزارش تعویض شیفت :

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

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

راند باليني به پرستاران اجازه مي‌دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوري فوري دريافت نمايند.

در طی مدت راند باليني ممکن است نکات هشداردهنده اي از سوي بيماران يادآوري گردد. با توجه به اين امر که پرستاران مسئوليتهاي زياد و متنوعي دارند اين مسئله بسيار مهم است که گزارش تعويض شيفت با سرعت و با کفايت انجام شود.

در هنگام راند باليني علاوه بر گرفتن اطلاعاتي که ما را در طراحي مراقبت پرستاري ياري مي‌دهد فرصت مناسبی جهت ارزيابي مراقبت پرستاري دريافت شده را نيز به ما مي‌دهد و همچنين به بيمار اين امکان را مي‌دهد که در ارتباط با مراقبتهاي دريافت شده بحث نمايد.

• گزارش تعویض شیفت:

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

(برگرفته از دستورالعمل تحویل نوبت کاری، سال 1396)

*مدل ISBAR (Identify Situation, Background, Assessment, Recommendation)

بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه میشود.

- ۱- **مشخصات (Identify):** شناسایی هویت بیمار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۱۰۷۵۷/۴۰۹د مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج.
- ۲- **وضعیت (Situation):** تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه؛ شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیتهای بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی.
- ۳- **سوابق (Background):** بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار؛ شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار.
- ۴- **ارزیابی (Assessment):** نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید؛ ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری.
- ۵- **توصیه ها (Recommendation):** آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد، با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مانند مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها.

۱. محرمانگی اصل : Confidentiality C

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیط های دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار شامل نتایج مثبتات آزمایشاتی مانند HIV/بیماری های قابل انتقال مانند هیپاتیت/اختلالات روان/ قرار داشتن بیمار در گروه پرخطر اجتماعی(کودک آزاری، دختران فراری، بارداری غیر متعارف، زنان رها شده، خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان ، اقدام به خودکشی)

۲. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش: Uninterrupted

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

۳. خلاصه بودن گزارش: Brife

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

۴. صحت و دقت اطلاعات : Accuracy

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری، سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد.

۵. پرستار مسئول بیمار : Named Nurse

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

گزارشات تلفني:

گزارشات تلفني راه سريع و مناسب در انتقال اطلاعات مي باشد. اشخاصي كه در گزارشات تلفني نقش دارند بايد مطمئن باشند:

۱. اطلاعات واضح است

۲. اطلاعات صحيح است

۳. اطلاعات دقيق است

۴. اطلاعات خلاصه است

گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده وی ثبت گردد. موارد ثبت شده عبارتند از:

زمان و نام فرد ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی ، اطلاعات ارائه و دریافت شده در برگه گزارش
مثلا : در ساعت ۱۰:۲۲ به دکترم - ح تلفن نمودم و اطلاع دادم جواب آزمایش سطح پتاسیم
آقای احمدی ۳/۱ می باشد. پرستار ت- س.

درموقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سؤال
پزشک

از جمله علائم حیاتی قبلی بیمار، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده میشود.

راهنمای دستور تلفنی

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).

گزارش انتقالی:

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبتهای انجام شده را در برگه انتقال بنویسد. مثلاً موقع انتقال بیمار از بخشهای ویژه و یا ریکاوری به بخشهای دیگر.

گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری داده میشود.

پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش انتقال مورد توجه قرار دهد :

- ۱- نام ، سن ، نام پزشک معالج و تشخیصهای پزشکی بیمار ، زمان و تاریخ انتقال
- ۲- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر
- ۳- برنامه مراقبتي در حال حاضر
- ۴- هر نوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
- ۵- وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)
- ۶- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
- ۷- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش حوادث:

هدف از گزارش حوادث ، شناسائی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد
و برای ارتقاء

کیفی کارپرستاران استفاده می شود. پرستاران موظفند با سیاستها و قوانین
مرکز درمانی

در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.

درنوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود :

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

به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.

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

برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.

حادثه باید هرچه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.

گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.

گزارش نباید کپی شود.

روشهای ثبت گزارش نویسی

ثبت داستانی

یکی از انواع روشهای سنتی برای ثبت گزارش مراقبت پرستاری است

ساختار داستان نویسی برای ثبت اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار و مراقبت پرستاری ساده است .

معایب

- تکرار اطلاعات و وقایع
- صرف زمان زیاد
- اجبار خواننده برای خواندن مطالب با حجم زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز

نمونه ای از ثبت داستانی

ساعت 11:00

بیمار می گوید "من مدتی است که به سختی می توانم نفس بکشم" تنفس 32 بار در دقیقه، نبض 120 و فشارخون ۱۲۰/۷۰ است. بیمار در هنگام دم از عضلات بین دنده ای استفاده می کند. صداهای تنفسی سمع شد، کراکل و ویزینگ در لوب های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت 10:45 دقیقه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی گرفته شد. اکسیژن 2 لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار پرستار در کنار تخت وی باقی ماند. حسن محمدی - پرستار

ساعت 11:30 دقیقه جواب ABG به دکتر "س" گزارش شد $PH = 7.34$ ، $PCO_2 = 44$ و $PO_2 = 88$ بود. تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و به 28 بار در دقیقه رسید، نبض 96 و فشار خون 72/110 بود. کراکل و ویزینگ همچنان وجود داشت. بیمار به آرامی استراحت می کند. حسن محمدی - پرستار

ثبت مبتنی بر مشکل (POMR) Problem Oriented Medical Record

در این روش ثبت اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی
:قسمت اصلی شامل موارد زیر است . می شود
به . تمام اطلاعات جمع آوری در مورد بیمار است : داده های پایه
عنوان مثال تاریخچه پرستاری ، معاینات فیزیکی ، گزارشات
...آزمایشگاهی و

فهرست مشکلات شامل نیازهای جسمی ، :فهرست مشکلات
روانی ، اجتماعی ، فرهنگی روحی روانی ، تکاملی و
محیطی است.

مشکلات باید شناسایی شده و به ترتیب اولویت **نکته مهم**
زمانی که مشکل حل شد تاریخ آن ثبت شده یا . نوشته شود
روی مشکل و شماره آن خطی کشیده شود

در گزارش نویسی بر اساس الگوی مشکل گشایی
اطلاعات به صورت SOAPIE نوشته می شود .

(Subjective Data) S اطلاعات ذهنی توسط بیمار بازگو
می شود .

(Objective Data) O اطلاعات عینی توسط درمانگر مشاهده
می شود .

(Assessment) A بررسی تشخیص های پرستاری و پزشکی
(Plan) P طرح و برنامه ریزی بر اساس اطلاعات بالا طراحی می
گردد .

(Intervention) I مداخلات باید قابلیت اجرا داشته باشد .

(Evaluation) E ارزشیابی (پاسخ بیمار به درمان و تغییر در
نیازهای او .

SOAP بررسی های عینی و ذهنی

کمبود آگاهی در ارتباط با عدم تجربه در مورد جراحی .
4:30 pm .

S	من در مورد این که بعد از جراحی چه اتفاقی می افتد نگران هستم
O	بیمار سوالات متعددی درباره جراحی می پرسد. او تجربه قبلی در جراحی نداشته ، حضور همسرش ، به عنوان منبع حمایت کننده است .
A	کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با بی تجربگی . همچنین بیمار اضطراب خود را بیان می کند .
P	در مورد آمادگی های قبل از عمل توضیح داده شد . دلیل انجام سرفه و تنفس عمیق بعد از عمل برایش بازگو شد . کتابچه ای در مورد آموزش و توضیح مطالب بعد از عمل در اختیارش قرار گرفت . حسن محمدی کارشناس پرستاری

روش PIE

روش PIE دارای ریشه پرستاری است . شامل :

P (Problem) یا مشکلات

I (Intervention) یا مداخلات

E (Evaluation) یا ارزشیابی

در این روش بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها و فرم های معمول ثبت شده و از دوباره کاری جلوگیری می شود .

نکته مهم : مشکلات حل شده پس از مرور پرستار از گزارش روزانه حذف می شود و مشکلات باقیمانده همچنان در گزارش روزانه ثبت می گردند .

PIE(مشکل ، اقدامات ، ارزشیابی)

P	نقص و کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با عدم تجربه مشابه
I	آمادگی های معمول قبل از عمل برای بیمار توضیح داده شد . تمرین های پس از جراحی انجام شد . برای بیمار کتابچه مراقبت های پرستاری بعد از عمل تهیه شد.
E	بیمار تمرین های پس از جراحی را به درستی انجام می دهد . به مرور مراقبت های پرستاری بعد از عمل احتیاج دارد . حسن محمدی کارشناس پرستاری

چارت های متمرکز یا Focus Charting

- این چارت ها شامل DAR است .
- D داده (هم عینی و هم ذهنی)
- A : فعالیت یا اقدامات پرستاری
- R : واکنش و پاسخ بیمار می باشد .

- در این روش نباید فقط بر روی مشکلات بیمار تمرکز شود بلکه باید به نگرانی های وی نیز توجه کند .
- فقط روی یک مشکل متمرکز نمی شود .
 - علائم و نشانه ها ، وضعیت بیمار ، تشخیص های پرستاری ، رفتارها ، وقایع مهم و تغییر در وضعیت موجود در گزارش ثبت می شود .

چارت متمرکز DAR

D	بیمار بیان می کند " :من درباره وقایع بعد از جراحی نگرانم . "بیمار سؤالات متعددی درباره جراحی می پرسد و تجربه جراحی قبلی ندارد .همسر او حضور دارد و از او حمایت می کند .
A	برای بیمار درباره مراقبت های معمول قبل از عمل توضیح داده شد .تمرین های پس از جراحی انجام شد .کتابچه ای در مورد مراقبت های پرستاری بعد از عمل در اختیار بیمار قرار گرفت.
R	بیمار به درستی تمرین های پس از جراحی را انجام می دهد، اما به مرور برنامه های پرستاری بعد از عمل نیاز دارد . حسن محمدی کارشناس پرستاری توجه :در برخی مؤسسات (P (Plan هم اضافه می شود .

ثبت موارد استثنا Charting by Exception

در این روش تنها به یافته های غیر طبیعی در بیمار پرداخته می شود و شامل موارد زیر است :

◀ فلوشیت ها : شامل فلوشیت های دستورات پزشک ، پرستاران ، ثبت گرافیکی ، گزارش آموزش به بیمار و ترخیص اقدامات بالینی استاندارد : ثبت علامت (✓) دلالت بر اجرای آنها دارد .

◀ اطلاعات پایه پرستاری : تاریخچه و معاینات فیزیکی

◀ طرح برنامه مراقبتی بر اساس تشخیص پرستاری

◀ گزارش سیر پیشرفت بیمار بر اساس SOAPIE

نکته مهم: کلیه فرم های چارت (CBE) باید در بالین بیمار و در دسترس بوده و نیاز به توضیح یا اطلاعات نداشته باشد .

ثبت الکترونیکی Electronic Documentation

سیستم الکترونیکی که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد PCIS می باشد .

Patient Care Information System

اطلاعات شامل موارد زیر است :

- ◀ دستورات وارده
- ◀ نتایج گزارشات
- ◀ ثبت دستورات پزشک
- ◀ برنامه ریزی مراقبتی و چارت بیمار

مزایا :

- کاهش تماس های تلفنی با پزشک یا قسمت های مختلف مؤسسات بهداشتی یا بیمارستان
- حذف تکرار در ثبت اطلاعات
- ثبت کامل پرونده بیمار
- تسهیل در برنامه مراقبتی و ترخیصی
- کاهش قابل ملاحظه اشتباهات دارویی ، خطاهای چارت کردن و دستورات اشتباه
- حذف اشتباهات و خطاهای ناشی از ناخوانا بودن گزارشات
- دسترسی سریع اطلاعات به سیستم
- ارتقاء اطلاعات پایه جهت پیشبرد آموزش ، تحقیق و مدیریت پرستاری
- امکان طبقه بندی اطلاعات بر اساس استانداردهای مراقبتی

معایب :

- صرف هزینه بالا برای شروع کار
- صرف زمان جهت وارد کردن خدمات روتین یا سرویس های نابجا و بهم ریخته
- بی میلی نیمی از پرستاران که به روش های قدیمی عادت کرده اند
- آهسته بودن سیستم در زمان شلوغی و پرکاری بخش
- از بین رفتن یا حذف اطلاعات اساسی در صورت وجود اختلال در سیستم
- کمتر شدن ارتباط و تعامل بین پرسنل بهداشتی
- ترس از کاهش پرسنل
- عدم تمایل بیمار به دادن کامل اطلاعات از ترس در دسترس قرار گرفتن اطلاعات در اختیار دیگران
- امکان ثبت اطلاعات نادرست
- امکان سوء استفاده از اطلاعات موجود در کامپیوتر

از توجه شما متکرم

