

بِه نام خدا



فرآیند پرستاری

شیرین صیاد

کارشناس ارشد پرستاری

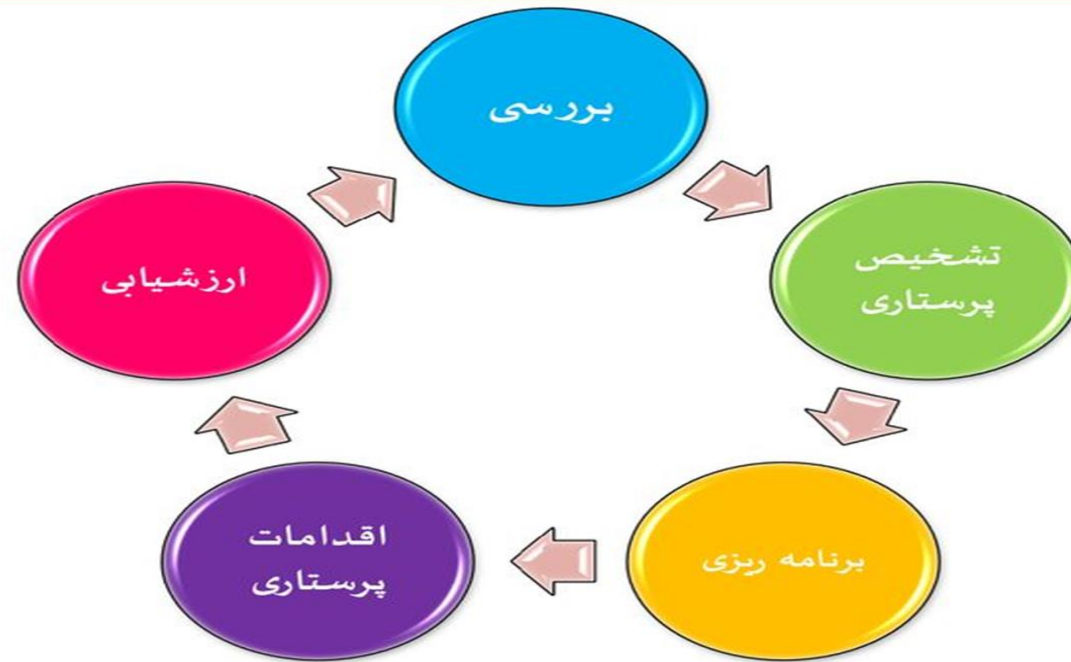
فرآیند پرستاری

- فرآیند پرستاری در واقع تعیین کننده شیوه ای سازمان یافته و منظم در عملکردهای پرستاری است و شامل یک سلسله مراحل به هم پیوسته است که پرستار جهت تصمیم گیری درمورد مراقبت های پرستاری یا تعیین نوع این مراقبت ها می تواند از آن استفاده کند.
- فرآیند پرستاری، روشی برنامه ریزی شده، بیمار مدار، منطبق با مشکل با بیمار و هدفمند است.

فرآیند پرستاری يك روش منسجم از انجام مراقبت پرستاری را فراهم میکند .

- از نقص ها و دوباره کاریها ی غیر ضروری جلوگیری میکند .
- به پرستاران جهت انجام اقدامات برای فرد کمک میکند .
- به بیماران و خانواده ها کمک میکند که بفهمند فعالیت های آنها مهم است و دارای ارزش های زیادی میباشد .
- انعطاف پذیری و استقلال فکری را افزایش میدهد .
- ارتباط بهتری فراهم میکند
- به پرستاران کمک میکند که نتایج رضایتبخشی به دست آورند .

مراحل فرآیند پرستاری



مرحله اول: بررسی و شناخت

• بررسی و شناخت ← جمع آوری اطلاعات + تجزیه و تحلیل اطلاعات

• جمع آوری اطلاعات:

- اطلاعات بیوگرافیک
- تاریخچه پزشکی و سوابق مددجو
- علایم و نشانه های بیماری فعلی
- وضعیت اجتماعی و اقتصادی مددجو
- تاریخچه خانوادگی و سوابق پزشکی اعضای درجه یک
- عملکرد سیستم ها و اعضای مختلف بدن
- نوع وسایل کمکی مورد استفاده

تجزیه و تحلیل:

مروری بر اطلاعات
تفسیر اطلاعات

نکات لازم در جمع آوری اطلاعات

- مهارت
- عدم وجود جملات تفسیری و قضاوتی
- ثبت با واژگان صحیح
- استفاده از تفکر انتقادی
- استفاده از سوالات باز
- نکته: عدم جمع آوری اطلاعات یا جمع اطلاعات نادرست ← تشخیص پرستاری اشتباه

انواع اطلاعات

داده های عینی:

اطلاعاتی که پرستار از طریق مشاهده، معاینه فیزیکی یا تست های پاراکلینیکی کسب می کند. قابل اندازه گیری هستند. مانند **تورم، تب، فشار خون**

داده های ذهنی:

اطلاعاتی که بیمار به پرستار می دهد. مانند **سوزش سر دل و سرگیجه**

منابع جمع آوری اطلاعات

مددجو ← بهترین منبع!

خانواده و وابستگان
اعضای گروه ارائه خدمات
گزارشات پزشکی
مرور منابع
تجارب پرستار

روش های جمع آوری اطلاعات

مشاهده

مصاحبه

تاریخچه بهداشتی-پرستاری

معاینه فیزیکی

یافته های آزمایشگاهی و تشخیصی

Physical Assessment



- Four Basic Skills:

1. Inspection

2. Palpation

3. Percussion

4. Auscultation

- Sequence for abdominal:

1.inspection, 2.auscultation,

3.percussion, 4.palpation

مهارت های لازم در انجام یک مصاحبه

- گوش کنید و سوال کنید.
- مشاهده کنید و تفسیر کنید.
- اطلاعات به دست آمده را با هم ترکیب کنید.
- اطلاعات را ثبت کنید.

تاریخچه بهداشتی-پرستاری

- اطلاعات بیوگرافیک
- مشکل بهداشتی فعلی مددجو
- تاریخچه بهداشتی
- تاریخچه خانوادگی
- تاریخچه محیطی
- تاریخچه روانی-اجتماعی
- سلامت روحی
- مرور سیستم ها

روش های معاینه فیزیکی

۱. معاینه سر تا پا:

- پرستار به ترتیب سر و گردن، سینه و قفسه سینه، شکم، پرینه، دست ها و پاها را مورد بررسی قرار می دهد.

۲. معاینه سیستم ها:

- پرستار به ترتیب ابتدا سیستم تنفسی، سپس قلب و عروق و گردش خون، سیستم عصبی، سیستم گوارشی، سیستم تناسلی ادراری، سیستم عضلانی اسکلتی و پوست را بررسی می کند.

۳. معاینه بر پایه نیازهای بیمار:

- در معاینه بر پایه نیاز های بیمار، عوامل زیستی- تکاملی- روانی- اجتماعی- فرهنگی- مذهبی- روحی در رابطه با نیاز بیمار به اکسیژن، مواد غذایی، اعتماد به نفس و ایمنی مورد بررسی قرار می گیرد.

ثبوت و گزارش اطلاعات:

آخرین بخش بررسی

مرحله دوم:

تثخین پرستاری

انواع تشخیص

تشخیص پزشکی:

تشخیص یک بیماری بر اساس ارزیابی علائم، نشانگان، تاریخچه پزشکی، نتایج آزمایشات و روش های تشخیص بیماری

تشخیص پرستاری:

یک قضاوت بالینی در مورد پاسخ های فرد، خانواده و مددجو به مشکلات بالقوه یا بالفعل بهداشتی

انواع تشخیص های پرستاری

۱. تشخیص پرستاری بالفعل (موجود یا واقعی):

- مددجو در حال حاضر دچار آن مشکل می باشد. مانند تنگی نفس

۲. تشخیص پرستاری بالقوه:

- مددجو در معرض خطر ابتلا به آن در آینده نزدیک قرار دارد. مانند عفونت

انواع تشخیص های پرستاری

- ۳. تشخیص پرستاری ممکن (احتمالی):
- مشکل مشکوکی که اطلاعات موجود برای تایید آن کافی نیست. مانند کاهش حجم مایعات با استفراغ مکرر
- ۴. تشخیص پرستاری مرتبط با تندرستی:
- پاسخ های انسانی را به سطوح سلامت در فرد، خانواده یا جامعه توصیف می نماید. مانند ظرفیت ارتقای بهداشت دهان و دندان

تشخیص پرستاری باید:

۱. مختصر...

۲. اختصاصی...

۳. مربوط به یک مشکل...

۴. و با توجه به اطلاعات به دست آمده باشد





برنامه ریزی



تعیین اولویت ها + تعیین اهداف + برنامه تدابیر پرستاری

تعیین اولویت ها

- تعیین اولویت ها این نیست که یک مشکل به طور کامل حل شود بدون اینکه مشکلات دیگر در نظر گرفته نشود. در تعیین اولویت ها به نکات زیر دقت کنید:
 - در نظر گرفتن نیازهای حیاتی
 - تمرکز بر مشکلاتی که بیمار اظهار می کند
 - در نظر گرفتن مشکلات بالقوه
 - در نظر گرفتن منابع قابل دسترس، پرسنل و زمان مورد نیاز

اهداف

● اهداف کوتاه مدت:

- مراقبت ویژه، اورژانس و ریکاوری
- قابلیت دستیابی کم تر از یک هفته
- مثال: درجه حرارت مددجو در عرض دو ساعت از ۳۹,۵ درجه به ۳۷,۵ درجه کاهش یابد.

● اهداف بلند مدت:

- نوعی پیشگویی برای مددجو
- قابلیت دستیابی طی هفته ها و ماه ها
- مثال: در عرض یکسال وزن مددجو به ۵۰ کیلوگرم برسد.

تعیین اهداف کوتاه مدت یا بلند مدت

رفتار بیمار + معیار انجام دادن کار + زمان + موقعیت

مثال:

بیمار بتواند پس از دو هفته، تزریق انسولین را با شرایط استریل انجام دهد.

مرحله چهارم: اجرای تدابیر پرستاری

- به دسته ای از فعالیت های اختصاصی که برای کمک به بیمار طرح ریزی شده و به منظور رسیدن به هدف انجام می شود اجرای تدابیر پرستاری می گویند.

- اقدامات پرستاری عبارت است از هر نوع اقدام درمانی یا مراقبتی بر اساس قضاوت بالینی و دانش پرستار جهت دستیابی به اهداف تعیین شده

انواع اقدامات مراقبتی

اقدامات مراقبتی مستقیم:

- از طریق تعامل مستقیم با مددجو انجام می شود مانند دارو دادن و مشاوره

- اقدامات مراقبتی غیر مستقیم:

- از طریق تعامل با مددجو صورت نمی گیرد اما مرتبط با مددجو هستند مانند اقدامات مربوط به کنترل عفونت

مرحله پنجم: ارزشیابی

در مرحله ارزشیابی پرستار با مقایسه پاسخ ها و عکس العمل های مددجو با معیارهای مطرح شده در برآیند های مورد انتظار، اثر بخشی فرآیند پرستاری اجرا شده را ارزیابی می کند.

ارزشیابی ← ارزشیابی دستیابی به هدف + مروری بر فرآیند پرستاری

مواردی که باید در گزارش ثبت شود:

☐ دستورات روتین یا ثابت

☐ دستورات در صورت لزوم

☐ دستورات تلفنی

☐ دستورات شفاهی و هرگونه اقدامات انجام شده

دستور تلفني :

در این مورد پرستار ، دستور ، نام پزشك ، ساعت و دوز دستور داده شده را باامضا و نام خود (پرستار) در برگ دستورات مینویسد و در اولین فرصت ممکن به امضای پزشك مي رساند. در این موارد گیرنده ی پیام دو نفر باشند تا احتمال خطا کمتر شود.

دستورات شفاهي:

در شرایط بحرانی مثل دستورات تلفني عمل میگردد

دستورات پزشك مشاور

که این دستور باید به تأیید پزشك معالج رسانده شود.

ثبت رفتار بیمار

مشاهده ی رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود ، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی فرد مثل افسردگی ، گوشه گیری، تغییر در ارتباط کلامی و یا غیرکلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز میشود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.

عكس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری

مثال: اثر مسکن بر درد ، اثر پاشویه بر تب ، اثر گرما و سرما بر

کاهش تورم و... (مبنای گزارش، درک بیمار و مشکلات عینی اوست).

ثبت حوادث غیر مترقبه

فرار، سقوط، حساسیت، آلرژی، برق گرفتگی، خودکشی و... با ذکر
ساعت، توضیحات و اقدامات انجام شده و نیز ساعت اطلاع به
مسئولان ثبت گردد.

در هنگام وقوع حوادث باید مدیران بیمارستان را در جریان قرار داد، زیرا مدیران آنلاین ترین افراد برای تشخیص موارد قانونی و انجام اقدام لازم هستند. همچنین باید اقدامات انجام شده ی ایمنی ، حفاظتی، اطلاع به پزشك ، حمایت و آموزش، وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.

ثبت موارد پاراکلینیک

جواب آزمایشات ، گرافی ها، باید ضمن اطلاع به پزشك و انجام پی گیری های لازم با ذکر زمان، ثبت شده و همچنین مستندات مربوطه نیز به پرونده بیمار الصاق شود.

ثبت اقدامات درمانی

سایر اقدامات انجام شده توسط اعضای تیم درمان. (ویزیت های انجام شده توسط پزشك ، فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و...) درد، میزان غذا، اشتها، دفع، استراحت و خواب مخصوصاً در شیفت شب، پیشرفت بیماری و آموزش های داده شده و... ثبت شود.

موارد ضروری در ثبت دقیق و صحیح

- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده کنید.
- ۲- جهت ثبت گزارش پرستاری از خودکار آبی استفاده کنید.
- ۳- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ۴- مشخصات بیمار بایستی در بالای اوراق گزارش به طور کامل درج شود.
- ۵- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الي ۲۴ استفاده کنید.
- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید.
- ۷- تعداد و ریتم ضربان قلب و تنفس بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پپس و ...) جهت مراقبت از بیمار ، توضیحات لازم یادداشت شده ، وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را ثبت کنید.

- ۹ - بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خودبیمار یادداشت کنید.
- ۱۰ - تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت کنید.
- ۱۱ - از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- ۱۲ - انحصاراً در گزارش ، مراقبتهایی را که خود ارائه داده اید و یا برای اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت کنید.
- ۱۳ - اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش کنید . (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و...)

۱۵- در صورت بروز موارد غیرطبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده ی عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده ، علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشك اطلاع دهید.

۶- 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 پرستاری قید کنید.

۱۷- هرگونه علایم و نشانه ای را در صورت بروز به پزشك اطلاع دهید و ثبت کنید.

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

- ۱۹ دستورات اجرا نشده ی پزشکان را با ذکر علت ثبت کنید.
- ۲۰ - دستور تلفني را ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضای پزشك مربوطه برسانید.
- ۲۱ - زمان برقراری تماس تلفني ، نام و سمت شخصي که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده و اطلاعات گرفته شده را ثبت کنید.
- ۲۲ - از تصحيح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله ی لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.

۲۵- تاریخ، ساعت و سمت پس از ثبت مورد فوق را به طور کامل در گزارش بنویسید.

۲۶- نمیتوانید مواردی را بدون آن که تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است، در گزارش بنویسید.

۲۷- برای تکمیل گزارش پرستاری نمی توانید هرچه راجع به بیمار شنیده اید بنویسید.

۲۸- در صورتی که متوجه شدید گزارشی که نوشته اید اشتباه است ، نباید آن را معدوم کنید.

۲۹- برای تکمیل گزارش نمی توانید مواردی را به یادداشت های دیگران اضافه کنید.

۳۰- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی نگذارید.

۳۱ - در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ،
اختصارات رایج جهانی را به کار ببرید.

۳۲ - آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر کنید.

۳۳ - انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی را به طور کامل ببندید ،
نام و سمت خود را به طور خوانا ثبت کنید.

۳۴ - گزارش پرستاری را مهر و امضاء کنید.

* استاندارد ثبت و گزارش نویسی در اتاق عمل و ریکاوری

الف قوانین کلی:

- ۱- گزارشات را خوانا و با سازماندهی (نظم و ترتیب در اقدامات) ثبت کنید.
- ۲- بین سطرهای گزارش نبایستی فاصله بیندازید.
- ۳- کلیه ی گزارشات را در زمان وقوع هر اتفاق یا انجام هر اقدام با ذکر ساعت و تاریخ ثبت کنید.
- ۴- نام و سمت خود را خوانا و واضح ثبت کرده و مهر و امضاء نمایید.

۶ - نحوه ی تحویل بیمار به اتاق عمل ، وضعیت بیمار هنگام پذیرش ، نوع عمل و وسایل همراه را با ذکر تاریخ و ساعت ورود ثبت کنید.

۷ - برگه ی مراقبت های قبل از عمل جراحی را کنترل کرده و کلیه ی فاکتورهای موثر در جراحی (شامل آزمایشات، مشاوره ها، علائم حیاتی ، داروهای قبل از عمل ، بیماریهای زمینه ای و...) و همچنین نکات غیرطبیعی را ثبت کنید.

۸ - وضعیت روانی بیمار و آموزشهای مورد نیاز قبل از عمل را نیز ثبت کنید.

حین عمل :

۹- ساعت شروع عمل ، نوع بیهوشی ، برش و محل قرار گرفتن پلیت کوتر ثبت شود

۱۰ هر نوع اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد ، شوک ، ایست قلبی ، و...) را با ذکر اقدامات انجام شده و نتیجه ی آن ثبت کنید.

۱۱ - در صورت برداشت نمونه ، محل نمونه برداری ، نوع و تعداد نمونه ، را گزارش و ثبت کنید.

۱۲ - تعداد گاز و لنگاز ، کلیه ی وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا و قبل از دوختن شمارش کرده و ثبت کنید (بهتر است از فرم مخصوص استفاده شود).

۱۳ - هر نوع داروی مصرف شده حین عمل (داروهای بیهوشی ، و ...) باید ثبت ، و عکس العمل بیمار نسبت به این داروها را در حین عمل ثبت کنید.

۱۴ - ساعت پایان عمل را ثبت کنید.

۱۵ - زمان خروج لوله ی تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله را ثبت کنید.

۱۶ - وضعیت بیمار، سطح هوشیاری ، وضعیت علائم حیاتی ، داروهای مصرفی ، و میزان جذب و دفع را با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری ثبت کنید.

پس از عمل (ریکاوری):

- ۱۷ - وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود را ثبت کنید.
- ۱۸ - وضعیت بیمار (سطح هوشیاری ، وضعیت علائم حیاتی ، داروهای مصرفی ، میزان جذب و دفع ، عکس العمل بیمار نسبت به داروها ، وضعیت پانسمان و درنهای ، وضعیت و رنگ پوست) را در طول اقامت در ریکاوری تا خروج از آن به طور منظم در برگه ی ریکاوری و گزارش ثبت کنید.
- ۱۹ - هر نوع تغییر در وضع همودینامیک بیمار را با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن در پرونده ثبت کنید.
- ۲۰ - وضعیت بیمار در هنگام انتقال به بخش را با ذکر اقدامات انجام شده و اقداماتی که بایستی انجام و پیگیری شود، به صورت مکتوب در پرونده درج کنید.
- ۲۱ - ساعت خروج از ریکاوری و اعزام به بخش را نیز در پرونده درج کنید.

موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری:

- ۱ - اضافه کردن گزارش
- ۲ - ثبت اطلاعات نادرست
- ۳ - ثبت تاریخ که موید زمان قبلی باشد.
- ۴ - حذف نکات مهم
- ۵ - دوباره نویسی یا تغییر
- ۶ - انتقاد از دیگران
- ۷ - خدشه دار کردن گزارشات قبلی
- ۸ - نوشتن به جای فرد دیگر
- ۹ - اضافه کردن به گزارش دیگران
- ۱۰ - گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها
- ۱۱ - نوشتن نکته ی فراموش شده درون پرانتز.

- توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- ۱ - دانشجویان مسئولیت قانونی نداشته و بیمارستانها نمی توانند از آنها برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.
- ۲ - هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمروی تعیین شده برای پرستار ، نباید توسط وی انجام شود.
- ۳ - پرستاران در نگهداری از بیماران ناتوان و نابینا و سالمند ، باید از محدودکننده های فیزیکی استفاده کنند.
- ۴ - برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ، پرستار باید مطمئن شود که همه ی لوازم موجود در حوزه ی مراقبتی بیمار ، مطمئن و ایمن و سالم هستند.
- ۵ - وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شده و به سرپرستار یا مقام مافوق کتباً گزارش شوند.

۶- در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می‌رسد، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود.

۷ - هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته، و کتباً گزارش شود.

۸ - 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.

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

۱۰- اولین وظیفه ی پرستار ، 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).

۱۱- از به کارگیری افراد غیرحرفه ای جهت کارهای تخصصی جداً خودداری کنید در صورت بروز خطا از سوی آنان، دادگاه پرستار را مجرم میشناسد.

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

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

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

۱۵- اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی ، اسناد و مدارك به جا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد.

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

۱۷- خطاهای دارویی ، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن وسایل در بدن بیمار، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ، مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستار هستند.

۱۸- هرگز از بحث درباره ی نکات ضعف خود با مافوق نهر اسید، مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید ، نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا، ادعایتان مبني بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.

۱۹- هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشك نپردازید ، مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص . **از نظر قانوني تنها پزشكان حق اين كار را دارند .**

۲۰- وقتي بیمار از شما مي خواهد كه نظرتان را درباره ی درمان او اظهار كنید ، از قبول آن سر باز زنید و از بیان هر جمله و عبارتي كه احتمال مي رود بیمار از آن دریافت سوء کند، اجتناب كنید.

۲۱ - هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم كامل مطالب، آن را امضاء نكنید.

۲۲- 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 يك نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگهدارید.

۲۳- هر چیزی که سایر همکاران پرستار ، پزشك و ... برای ارزیابی بیمار لازم دارند را چارت کنید.

۲۴- گزارش يك واقعه را به طور کامل ثبت کنید.

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

استفاده از فلوشیتها

- جهت جلوگیری از تکرار گزارشات مثل نام دارو، علائم حیاتی و ... برای ثبت اطلاعات مفید است.
- کاردکس پرستاری جهت ملاحظه ی چند چیز در کنار هم مفید است (خودکار آبی برای مواردی که همیشه میماند خودکار قرمز برای موارد مهم مثل حساسیت و خطر خودکشی ، مداد برای موارد متغیر).
- باید ساعت هر کار نوشته شود (به جای آن که بنویسیم: هر سه ساعت)
- تاریخ تعبیه ی وسایل تهاجمی (سوند، لوله ی تراشه و...) نوشته شود.
- تاریخ شروع و اتمام درمان نیز باید نوشته شود.
- آزمایشات و گرافها پس از گزارش به پزشك پاك شوند ، ولي موارد غیرتکراری مانند رژیم غذایی باقی بمانند



با تشکر از توجه شما عزیزان

