

Nursing Records & Reports

PRESENTED BY –
JASLEENKAUR BRAR



Arrangement By: *Dr Masoumeh Adib, PhD in Nursing
Assistant Professor at Guilan University of Medical Sciences(GUMS)
Shahid Beheshti School of nursing and midwifery, Rasht, Iran.*

Common Key Term :

Recording

Reporting

Charting

Documentation

Common Key Term :

Reporting

تبادل اطلاعات به صورت شفاهی یا کتبی و شنیداری بین اعضای تیم مراقبتی

Recording

نوشتن مجموعه ای از اطلاعات در مورد مشکلات سلامتی ، مراقبت های ارائه شده و سیر پیشرفت بیمار (گزارش کتبی)

Charting

وارد کردن اطلاعات در پرونده ی بیمار - فرآیند ثبت اطلاعات

Documentation - مستند سازی

، تصدیق وقایع و فعالیت های انجام شده از طریق نگه داری و بایگانی گزارشات

پرستاری گزارش نویسی را اتلاف وقت می داند و معتقد است،
وقتی که برای گزارش نویسی هدر می شود بهتر است برای
مراقبت از بیمار صرف شود.

آیا شما هم با او موافق هستید؟!!



Purpose of record :

• **Communication :**

The primary purpose of the patient record is to help health-care professionals communicate with one another .it is helpful to make judgments about nurses and nurse's contributions.

• **Legal Documentation**

Effective documentation is one of the best defenses for legal claims associated for health care.

• **Financial billing(reimbursement)**

Purpose of record :

- **Education**
- **Research**
- **Auditing and Monitoring**
- **Decision analysis**
- **Historical Documentation**

پرستاران چه اطلاعاتی را باید گزارش کنند؟

7

- اقدامات مستقل پرستاری
- اقداماتی که با دستور پزشک انجام می شود
- اقدامات و روش های درمانی که توسط سایر اعضای تیم درمانی انجام می شود
- رفتار بیمار و سایر مشاهدات در ارتباط با وضعیت سلامت بیمار
- واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان
- آموزش های داده شده به بیمار

۱. اقدامات مستقل پرستاری:

8

- شامل اقداماتی است که بدون دستور پزشک و همکاری سایر اعضای تیم درمان برای برآوردن نیازهای خاص بیمار انجام می شود. این اقدامات ممکن است:
- شامل روش های پیشگیری، آموزشی برای رفع مشکل باشد (تغییر پوزیشن، بالا آوردن سر تخت، دهانشویه و ...)
- روش های اصلاحی مثل تشویق به مصرف مایعات، توصیه به حرکت اندام ها و تحرک، تشویق به سرفه و تنفس عمیق

۱. ثبت اقدامات مستقل پرستاری:

تاریخ	ساعت	مشکلات/تشخیص‌ها	ارزیابی‌های پرستاری و تفسیرها
۷۸/-/-	۰۷/۰۰	احتمال کلیرانس غیرمؤثر راه هوایی که مربوط است به ترشحات غلیظ	با سرفه موکوس سفید غلیظی را بالا می‌آورد، او این کار را خوب انجام می‌دهد اما نیاز دارد که این کار را به طور منظم انجام دهد. رال رونکای پراکنده خفیف در هر دو قاعده ریه‌ها وجود دارد. او باید آب میوه‌های خوب بنوشد. آب سیب در روی یخ کنار تخت قرار داده شود. — پرستار احمد حسینی
	۱۰/۳۰ ۱۰/۴۵		به وسیله صندلی چرخ‌دار برای نیم ساعت از تخت بیرون برده شد. می‌گوید شدیداً خسته شده اما پیوسته بر روی پایش ایستاده است. مقداری ادرار زرد شفاف دفع کرده است. اجازه داده شد قبل از آزمایش ریوی استراحت کند. پرستار احمد حسینی
	۱۱/۳۰		مطالعات مخصوص از طریق صندلی چرخ‌دار برای عملکرد ریوی انجام شد. — پرستار احمد حسینی
	۱۲/۳۰ بعدازظهر		به وسیله صندلی چرخ‌دار برگردانده شد. به او کمک شد به تخت تکیه بدهد. همه نهارش را خورد و گفت این اولین روزی است که گرسنه شده است. — پرستار احمد حسینی

۲. اقداماتی که با دستور پزشک و توسط پرستار :

10

- در ثبت اقداماتی که پرستار طبق دستور پزشک انجام می دهد باید به نکات زیر توجه داشت:

- چه اقدامی و چگونه انجام شد

- در چه زمان و تاریخی انجام شد

- دقیقا چه مقدار، چطور، برای چه مدت و با چه روشی و توسط چه کسی انجام گردید

۲. اقداماتی که با دستور پزشک و توسط پرستار :

11

نوع فعالیت	نکات مورد بررسی	نکات مورد ارزشیابی	تاریخ	ساعت	گزارش پرستاری
دادن دارو از راه دهان	حساسیت دارویی، توانایی بیمار برای فرو بردن دارو، وجود استفراغ یا اسهال که تداخلی در جذب دارو ایجاد نماید، واکنش خاص دارویی، تأثیرات نامطلوب و عوارض دارویی، نیازهای یادگیری و دانش بیمار در مورد داروی مصرفی	تأثیرات مورد انتظار (مانند برطرف شدن درد، کاهش درجه حرارت بدن) یا هر گونه تأثیرات نامطلوب یا عوارض (مانند تهوع / استفراغ و بثورات جلدی و تغییرات علائم حیاتی)	۷۸/-/-	۰۹/۰۰	یک عدد کپسول آمپی سیلین ۲۵۰ میلی گرمی از راه دهان داده شد. _____ پرستار مینو محبوبی
استعمال داروهای پوستی	ناراحتی، خارش، رنگ ناحیه مبتلا و نواحی اطراف آن بطور مثال قرمزی و بثورات جلدی، تورم، ترشح، مقدار رویش مو بر روی ناحیه مبتلا	وجود قرمزی یا ترشح، افزایش یا کاهش راحتی بیمار	۷۸/-/-	۰۸/۰۰	یک لایه نازک از جنتامایسین بر روی ناحیه قوزک مچ پای راست مالیده شد. ناحیه خشک، قرمز و ملتهب است. از درد و خارش شکایتی ندارد. _____ پرستار مینو رفیعی
مراقبت از زخم (تعویض بانسمان استریل خشک)	حساسیت نسبت به ماده تمیز کننده، ظاهر و اندازه زخم، مقدار و مشخصه ترشح، شکایت بیمار از ناراحتی، زمان دریافت آخرین داروی مسکن، علائم عفونت عمومی (نظیر تب، تعریق، خستگی، افزایش گلبول های سفید)	وضعیت بهبود زخم و مقدار بافت جدید تشکیل شده، مقدار، رنگ و بوی ترشحات؛ وجود التهاب، میزان ناراحتی بیمار در حین تعویض بانسمان	۷۸/-/-	۱۰/۰۰	بانسمان ناحیه شکم تعویض شد، محل بخیه با محلول بتادین شستشو داده شد، دو عدد گاز با ترشح سرورزی مرطوب شده بود، زخم تمیز و لبه های آن تقریباً به هم نزدیک بودند، قرمزی کمی در روی خط بخیه وجود داشت، محل زخم با گاز و پد پوشانده شد، بیمار ناراحتی ابراز نکرد. _____ پرستار اشرف پورمقدم

۳. اقدامات و روش های درمانی که توسط اعضای مختلف

12

تیم درمانی اعمال می شود

- این نوع گزارشات نشان دهنده اقدامات درمانی است که توسط سایر اعضای تیم درمانی در مورد بیمار اجرا شده است.
- این نوع گزارش علاوه بر اینکه مراقبت پرستاری و درمان های انجام شده را نشان می دهد، به عنوان وسیله ارتباطی اعضای تیم درمانی نیز می باشد.

۳. اقدامات و روش های درمانی که توسط اعضای مختلف تیم درمانی اعمال می شود

13

نوع فعالیت	نکات مورد بررسی	نکات مورد ارزشیابی	تاریخ	ساعت	گزارش پرستاری
تعویض پانسمان تراکیاستومی	مشخصات ترشحات محل تراکیاستومی، علائم بالینی مربوط به عفونت در محل تراکیاستومی (نظیر التهاب، ترشح چرکی، بو)، تعداد تنفس و نبض	مشخصات ترشحات ناحیه تراکیاستومی، ظاهر پوست اطراف دهانه تراکیاستومی به تعداد نبض و تنفس در مقایسه با اطلاعات پایه، شکایت بیمار از درد و هر گونه ناراحتی در محل تراکیاستومی	۷۸/-/-	۱۱/۰۰	پانسمان تراکیاستومی و نوار دور گردن بیمار توسط دکتر حسنی تعویض شد. پوست اطراف دهانه تراکیاستومی کمی قرمز رنگ بود. بیمار شکایتی نداشت. بخاطر مشکلات اقتصادی توسط مددکار عیادت شد. — پرستار فاطمه احمدی
بررسی فشارخون بازو (B/P)	علائم و نشانه های افزایش فشارخون (مثل سردرد، زنگ زدن گوش ها، برافروختگی صورت، خونریزی از بینی، خستگی)؛ علائم و نشانه های مربوط به کاهش فشار خون (مثل تنگی ضربان قلب، سرگیجه، اختلال شعوری، بیقراری، پوست سرد و مرطوب، پوست رنگ پریده یا کبود)؛ عوامل مؤثر بر فشار خون (مثل فعالیت، تنیدگی عاطفی، درد، و ساعت مصرف آخرین سیگار یا نوشیدن قهوه)	ارتباط فشار خون با اطلاعات پایه، محدوده طبیعی متناسب با سن، وضعیت سلامت، ارتباط فشارخون با نبض و تنفس	۷۸/-/-	۱۹/۰۰	فشارخون $\frac{130}{90}$ میلی متر جیوه از بازوی راست و در وضعیت نشسته توسط خانم ابراهیمی گرفته شد. نبض ۱۱۵ در دقیقه، تنفس ۲۵ در دقیقه، رنگ پریده. — پرستار محمد احمدی

۴. رفتار و دیگر مشاهدات در رابطه با وضعیت سلامتی بیمار:

14

- شامل ثبت رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست.
- مفهوم رفتار شامل هم واکنش های و **عکس العمل های جسمی و هم روانی** و تغییرات در خلق و خوی بیمار مثل اضطراب و افسردگی و نیز تغییر در **ارتباط کلامی و غیر کلامی** می باشد.
- در این نوع گزارش نویسی، ابتدا بیمار را مورد مشاهده قرار داده و سپس گزارش نوشته می شود.
- در شرح ارتباط کلامی باید عین جملات و کلمات خود بیمار را نوشت و پرستار حق ندارد کلمات و جملات بیمار را عوض نماید زیرا نوشتن عین جملات بیمار می تواند وضعیت عاطفی او را نشان دهد.
- بطور مثال نبودن تنگی نفس در بیماری که پس از ۴ هفته استراحت روی صندلی نشاندگی شده، می تواند آمادگی او را برای تحمل فعالیت بیشتر باشد

نوع فعالیت	نکات مورد بررسی	نکات مورد ارزشیابی	تاریخ	ساعت	گزارش پرستاری
تزریق زیرجلدی	حساسیت‌های دارویی، واکنش خاص دارویی، عوارض و اثرات نامطلوب دارو، نیازهای یادگیری و دانش بیمار در مورد دارو، ظاهر و چگونگی محل تزریق قبلی از نظر ضایعات، قرمزی، تورم، کبودی، التهاب و تخریب بافتی؛ همکاری بیمار در حین تزریق و نقاطی که قبلاً برای تزریق بکار رفته است.	تأثیر مطلوب دارو (برطرف شدن درد، پایین آمدن قند خون یا کاهش گلوکز ادرار، زمان پروترومبین در محدوده طبیعی)؛ هر گونه اثرات نامطلوب (مانند تهوع، استفراغ، بثورات جلدی) علائم بالینی ناشی از عوارض جانبی.	۷۸/-/-	۰۹/۱۰	بیمار از درد شدید در ربع فوقانی راست شکم شکایت دارد، بی‌قرار و نارآرام است. ۶۰ میلی گرم کدئین به روش زیرجلدی در قسمت بالای بازوی چپ تزریق شد. پرستار حسن نامدار
پرستار حسن نامدار			۷۸/-/-	۱۰/۱۰	بیمار اظهار می‌دارد درد برطرف شده است. عضلات صورت انقباض کمتری را نشان می‌دهد. به آرامی دراز کشیده است. پرستار حسن نامدار

۵. واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت:

16

- شامل واکنش و عکس المل های خاص بیمار نسبت به اقدامات مراقبتی و درمانی می باشد. مثل اثر مسکن ها بر درد، اثر پاشویه بر تب، اثر سرما بر تورم و
- پرستار مبنای گزارش خود را هم بر مشاهدات عینی خود و هم بر درک بیمار می گذارد. مثل کاهش درجه حرارت و یا کاهش تورم مفصلی. وقتی درک بیمار گزارش می شود در واقع باید جمله ای را از زبان بیمار بنویسیم، بهتر است از اختصار (C/O (complain of که به معنی "شکایت از" استفاده می شود. مثلا
C/O درد شانه چپ

نوع فعالیت	نکات مورد بررسی	نکات مورد ارزشیابی	تاریخ	ساعت	گزارش پرستاری
بکارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)	تظاهرات مربوط به نارسایی گردش خون در ناحیه مورد معالجه (رنگ آبی مایل به بنفش، احساس سرما، کاهش حس، یابی حسی) سایر موارد منع مصرف سرما درمانی، هرگونه احساس ناراحتی تجربه شده توسط بیمار	وجود یا عدم وجود علائم مربوط به اختلال در گردش خون ناحیه، ظاهر محل مورد معالجه (از نظر تورم)، هرگونه احساس ناراحتی تجربه شده توسط بیمار	۷۸/-/۰	۰۹/۰۰	یک کیسه یخ برای کم کردن تورم بر روی قوزک پای راست بیمار گذاشته شد. _____ پرستار پروانه علیزاده
مددجو، تورم، توانایی مددجو برای همکاری در حین انجام روش	منع مصرف سرما درمانی، هرگونه احساس ناراحتی تجربه شده توسط مددجو، تورم، توانایی مددجو برای همکاری در حین انجام روش		۷۸/-/۰	۰۹/۳۰	کیسه یخ برداشته شد. تورم کاهش یافته، بیمار احساس رضایت می کند. _____ پرستار پروانه علیزاده

۶. آموزش های ارایه شده به بیمار

17

- شامل خلاصه ای از نیازهای آموزشی، طرح اجرای برنامه آموزشی و نتایج ارزشیابی از آموزش می باشد

آنچه باید در یک گزارش پرستاری درج گردد:

18

- وضعیت عمومی بیمار:
- وضعیت خواب و استراحت
- وضعیت تغذیه و دفع
- ثبت داروها
- ثبت موارد پاراکلینیکی: نتایج غیرطبیعی
- گزارش حادث غیرمترقبه
- ثبت برنامه آموزش به بیمار
- ثبت برنامه ترخیص
- گزارش و ثبت موارد قابل پیگیری

آنچه باید در مورد وضعیت عمومی گفته شود:

19

۱. سطح هوشیاری و چگونگی برقراری ارتباط:

- GCS , Four score
- Lethargic: خواب الودگی:
- Obtundation خفتگی: با تحریکات لفظی و فیزیکی شدید می توان بیدار کرد. پاسخ های کلامی به حداقل رسیده و بیشتر به صورت ناله و اصوات است
- Confused گیجی: جواب های نادرست
- Stupor بهت: با تحریکات فیزیکی شدید چشم را باز می کند و به معاینه کننده نگاه می کند. پاسخ های شفاهی کاهش یافته است
- Coma کما: عدم پاسخ حرکتی و کلامی حتی با ایجاد درد شدید

آنچه باید در مورد وضعیت عمومی گفته شود:

20

۲. وضعیت علایم حیاتی و وضعیت همودینامیکی: عملکرد سیستم حیاتی چون قلب و عروق-تنفس - مغز و اعصاب و ... را می توان با ارزیابی فشارخون، نبض، تنفس و ... گزارش نمود.

همچنین مواردی چون رفلکس بلع، فلکس به نور، اندازه مردمک ها رفلکس اندام ها

۳. علایم عینی و ذهنی

آنچه باید در یک گزارش پرستاری درج گردد:

21

- وضعیت عمومی بیمار:
- وضعیت خواب و استراحت
- وضعیت تغذیه و دفع
- ثبت داروها
- ثبت موارد پاراکلینیکی: نتایج غیرطبیعی
- گزارش حوادث غیرمترقبه
- ثبت برنامه آموزش به بیمار
- ثبت برنامه ترخیص
- گزارش و ثبت موارد قابل پیگیری

Documentation Systems:

● **Manual Records :**

Is a collection of various forms and documents and enter information by hand in ink at frequent intervals : assessments data , care plans , medications and treatments , vital signs , treatment outcome , and the client's daily progress.

● **Electronic Medical Records (EMR):**

➔ **MIS** (Medical Information System) for storing , processing , and transmitting client data , treatment strategies , and outcomes over a computer

➔ **CPCR**(Computer - based Patient care Record)or **PCIS**(Patient Care Information System)

➔ **CPRI**(Computer- based Patient Record Institute).

➔ **PHRs** (Personal Health Records)

Types of nursing record

23

- ثبت به روش سنتی یا منبع گرایی:
- Traditional source record(TSR)or Source Oriented Narrative Record
- ثبت بر اساس مشکلات بیمار(مشکل مدار یا مشکل گرایی)
- Problem Oriented Medical Record(POMR)
- ثبت SOAPIE
- ثبت بر اساس سیستم مشکل – مداخله – ارزیابی (PIE)
- Problem- Intervention- Evaluation System(PIE)
- ثبت گزارش کانونی Focus Charting
- گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری

SOR

Source – Oriented Record

- *The traditional type of patient record .*
- *Record organized according to the source information. And contains separate forms on which physicians , nurses , dietitians , physical therapists , and so on make written entries about their own specific activities in relation to the patient's care.*
- *An advantage of SOR is that Each Discipline Can Easily Find and chart pertinent data.*
- *The main disadvantage is that data are fragmentaed , making it difficult to track problems chronologically with input from different groups of professionals.*
- *Type of forms typically used in SOR*

Narrative charting:

- *Style of documentation generally used in source – oriented records.*
- *The most familiar method documenting nursing care , is a diary or story format used to document patient care events that occur during the shift.*
- *The narrative is a simple paragraph describing the **patient's status** , any **interventions** and **treatments** , and the patient's **response** to the interventions.*
- *Today , few facilities rely on narrative charting system alone. Most have adopted flowesheets to augment the narrative note in an attempt to save time and avoid duplication and of information.*

Advantages Narrative charting:

- *Is familiar to many nurses and is the documentation format most nurses learned in nursing school.*
- *Can be easily with other documentation methods , for example flowsheets.*
- *Is specially useful in emergency situations. Can quickly and easily document the chronological events of the situation.*

۶/۸/۴۰۰۲ ساعت ۱۱۰۰۰

بیمار می‌گوید «من مدتی است که به سختی می‌توانم نفس بکشم» تنفس ۳۲ بار در دقیقه، نبض ۱۲۰ و فشار خون ۱۱۲/۷۰ است. بیمار در هنگام دم از عضلات بین دنده‌ای استفاده می‌کند. صداهای تنفسی سمع شد، کراکل و ویزینگ در لوب‌های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت ۱۰:۴۵ دقیقه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی گرفته شد. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار پرستار در کنار تخت وی باقی ماند. حسن محمدی - پرستار

ساعت ۱۱:۳۰ دقیقه جواب ABG به دکتر "س" گزارش شد، $PH=7.34$ ، $PCO_2=44$ ، $PO_2=88$ بود. تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و به ۲۸ بار در دقیقه رسید، نبض ۹۶ و فشار خون ۱۱۰/۷۲ بود. کراکل و ویزینگ همچنان وجود داشت. بیمار به آرامی استراحت می‌کند. حسن محمدی - پرستار

The AIR format:

A new form of narrative charting , Assessment – Intervention – Response (AIR)has been introduced that presents a more efficient and effective method of organizing and simplifying this type of charting .

AIR: A fresh narrative format

A charting format called AIR may help you to organize and simplify your narrative charting.

AIR is an acronym for:

- **A**ssessment
- **I**ntervention
- **R**esponse.

The AIR format synthesizes major nursing events and avoids repetition of information found elsewhere in the medical record. Combined with nursing flow sheets and the nursing care plan, the AIR format can be used to document the care you provide clearly and concisely.

Here's how AIR is used to document nursing care.

Assessment

Summarize your physical assessment findings. Begin by specifying each issue that you address, such as nursing diagnosis, admission note, and discharge planning. Rather than simply describing the patient's current condition, document trends and record your impression of the problem.

Intervention

Summarize your actions and those of other caregivers in response to the assessment data. The summary may include a condensed nursing care plan or plans for additional patient monitoring.

Response

Summarize the outcome or the patient's response to nursing interventions. Because a response may not be evident for hours or even days, this documentation may not immediately follow the entries. In fact, it may be recorded by another nurse, which is why titling each of your assessments and interventions is so important.



The AIR format:

The AIR Format

- A Respirations 30 and labored. Rales bilateral in the bases.
- I Deep breathing and coughing, incentive spirometer with Mucomyst. Up in chair.
- R Respiration 24, decreased intensity of rales but still present.

POMR :

Problem – Oriented Medical Report

- *Was introduced in the late 1960s by **Lawrence Weed** , a physician.*
- *It was **initially designed for physicians** and later become used for nursing.*
- *Record organized according to the patient's health problems .
Data are organized by **problem or diagnosis**.*
- *Each of the health care team contributes to a single list of identified client problems. And to facilitate communication among health care professionals.*
- *The advantages of this type of record are that the entire healthcare team works together in identifying a **master list** of patient problems and contributes collaboratively to the plan of care.*
- *The POMR is most effective **in acute care** and **long – term care** settings.*

POMR has five components:

database

Problem list

Initial plan (care plan)

Progress note

Discharge summary

I- Database:

- *The database contain all assessment information pertaining to the client include:*
 - *Demographic data*
 - *Patient's health history (chief complaint and reason for hospitalization , present illness , , medical history, family history , personal and psychosocial finding , allergies).*
 - *R.O.S(Review of system (head to toe)*
 - *P.E (Physical Examination)*
 - *Diagnostic test results*
 - *Self care abilities*
 - *Educational needs*
 - *Discharge planing*

2- problem List :

- The word **problem** is used interchangeably with the term **nursing diagnosis**.
- After analyzing the database , various caregivers list the patient's current problems in **chronological** order according to the date when each is identified (not in the order of **acuteness or priority**)
- Each problem is labeled , numbered , and categorized as active or inactive.
- The list provides an overview of the patient's health status.
- The **physician** documents **medical diagnoses** and surgical procedures and the **nurse** documents **nursing diagnoses**.
- New problems are added as they are identified. After a problem has been resolved , the date is recorded , and a line is drawn through the problem and its number.

2- problem List :

- *Problems are usually defined as **active** (acute or chronic) or **inactive** (resolved).*
- *Active problems may also **be potential** – not yet present but likely to occur.*

Upper GI bleeding, 3 days' duration	Active
Children, 2 and 5 years old, at home with father	Active
Possible skin breakdown	Active—Potential
Appendectomy 1954	Resolved
Asthma since childhood	Active—Chronic

Master List:

مشکلات حل شده و غیر فعال	تاریخ حل مشکل	عنوان مشکل به همراه علت	تاریخ مشاهده	تاریخ و زمان شروع مشکل	شماره مشکل
		حادثه مغزی عروقی (بوسیله پزشک مشخص شده)	۸۰/۵/۲	۸۰/۵/۱	۱
		آسیب بالقوه به تمامیت پوست که مربوط است به بی حرکتی (بوسیله پرستار مشخص شده است)	۸۰/۵/۲	۸۰/۵/۲	۲
		عدم توانایی در راه رفتن (بوسیله فیزیوتراپ مشخص شده است)	۸۰/۵/۳	۸۰/۵/۳	۳
		تغییر در «مفهوم از خود» که مربوط است به کاهش توانایی حرکت سمت راست بدن (بوسیله پرستار مشخص شده)	۸۰/۵/۳	۸۰/۵/۳	۴
		عفونت محارری ادراری (بوسیله پزشک مشخص شده)	۸۰/۵/۴	۸۰/۵/۴	۵

3- initial plan or care plan:

- *The **care plan** is developed for **each problem** .*
- *The **physician** usually documents the initial medical plan in the **progress notes**.*
- *But the **nurses** document the plan of care using a variety of care **formats** , however , Generally these plans of care include nursing diagnoses , expected outcomes , and interventions.*
- *The nursing plan whether **therapeutic , diagnostic , or educational**.*

Care Plan

طرح مراقبت پرستاری برای هر مشکل با ذکر شماره مشکل:

شماره مشکل	عنوان مشکلات بیمار	تاریخ	طرح مراقبت	زمان
			- درمانی - تشخیصی - آموزشی	

4- progress note :

- *Are used to monitor and record the progress of client's problems.*
- *Several system of data entered at progress note:*

- *SOAP or SOAPE or SOAPIE or SOAPIER*
- *APIE*
- *PIE*
- *DAPE*
- *DARE(Focus Charting)*
- *CBE(Charting By Exception)*

- *The content of above format of recording based on nursing process.*

Patient Progress note

گزارش پیشرفت بیمار	عنوان مشکل به شماره شماره	زمان	تاریخ
S O A P I E	(1)		

TABLE 9-3. SOAPIER Charting Format

Letter	Explanation	Example of Recording
S = Subjective information	Information reported by the patient	S—"I don't feel well."
O = Objective information	Observations made by the nurse	O—Temperature 102.4°F
A = Analysis	Problem identification	A—Fever
P = Plan	Proposed treatment	P—Offer extra fluids and monitor body temperature.
I = Implementation	Care provided	I—750 ml of fluid intake in 8 hours, temperature assessed every 4 hours
E = Evaluation	Outcome of treatment	E—Temperature reduced to 101°F
R = Revision	Changes in treatment	R—Increase fluid intake to 1000 ml per shift until temperature is $\leq 100^{\circ}\text{F}$.

5- discharge summary:

- Remember , *a separate SOAPIE note should be written for each problem that is not fully resolved at the time of discharge.*
- *All invasive procedures , surgical interventions , and major diagnostic test should be listed and the results out-lined.*
- *Braces, equipment , supplies (e.g. , for dressing change , catheterizations).*
- *Referrals to other health care services should be identified with the name and the contact person listed.*

The POMR includes a database, problem list, plan of care, progress notes, flow sheets, and discharge notes.

Database

The database (Figure A) is a compilation of all initial information about the patient and includes the following:

- Health state profile prepared by the nurse
- Medical history and the physical examination, prepared by the physician
- Social history
- Initial diagnostic test results

72 year old, white, recently widowed female

brought to hospital after sudden fall caused by temporary paralysis of left leg; admitting diagnosis: transient ischemic attack (TIA), R/O cerebrovascular accident

treated for hypertension since 1990, otherwise in good health; history of headaches—once or twice a week (increasing in severity)—for last six months

ht 5'2" wt 63.6 kg 98.2 F-88-18 BP t—184/120
R—180/120
↓ strength ↓ movement left lower extremity (LLE)

FIGURE A. Summary of database for patient.

Problem List

The multidisciplinary problem list (Figure B) itemizes major aspects of the patient's life that require health attention and includes the following: socioeconomic, demographic, psychological, and physiologic problems. Each problem is labeled, numbered, and categorized as active or inactive.

Date	No. Problem	Identified	Resolved
9/2/11	#1 transient ischemic attack (TIA) R/O cerebrovascular accident	J. Gleer MD	
	#1A impaired physical mobility related to weakness in left lower extremity	D. Kande RN	
9/4/11	#2 impaired adjustment related to major life stressors and decreased supports	D. Kande RN	

FIGURE B. Problem list.

Plan of Care

An initial plan is formulated for each specifically numbered problem on the problem list. The nursing plan (Figure C), whether therapeutic, diagnostic, or educational, is expressed through nursing orders.

Date	Problem
9/4/11 1500	#2 impaired adjustment related to major life stressors (including illness) and decreased supporters Goal: Prior to discharge, patient reports feeling able to go home and take one day at a time Plan: <i>Diagnostic:</i> explore adequacy of patient's usual patterns of coping and motivation to learn new strategies <i>Therapeutic:</i> 1) explain all tests/procedures to patient who wants to know and understand what is happening to her 2) create a restful environment 3) talk with patient's home minister (daughter will contact) <i>Educative:</i> Teach patient new coping skills (e.g., relaxation exercises). Refer to community support group for widows. _____ D. Kande RN

FIGURE C. Plan of care.

Progress Notes

Progress notes (Figure D) consist of narrative progress notes, flow sheets, and discharge notes.

Date	Problem-Oriented Progress Notes
9/6/11 1000	Impaired mobility related to weakness left lower extremity (LLE) S "My left leg still feels queer, pins and needles—but I can move it alright." O Able to lift left leg off bed, positive flexion, positive extension; muscle strength in LLE 3/5 (normal movement against gravity) A recovering mobility as strength returns P <i>therapeutic:</i> consult with physician about complete bed rest order; <i>diagnostic:</i> continue to monitor muscle strength and movement at least once/shift; be alert for any signs of recurrent TIA; <i>educative:</i> instruct not to try to get out of bed without assistance until diagnostic work-up is complete; reinforce need for safety precautions. _____ D. Kande RN

FIGURE D. Progress notes.

خلاصه‌ای از داده‌های پایه برای مدجو (۲۸-۱۷)

یک پیر زن ۷۲ ساله، سفیدپوست، اخیراً همسرش را از دست داده است. او پس از یک افتادن ناگهانی در اثر فلج پای چپ به بیمارستان آورده شده است. تشخیص‌هایی در زمان پذیرش شامل: حمله ایسکمیک زودگذر (TIA) (۱) و مشکوک به حادثه عروقی مغزی (CVA) (۲) است. از سال ۱۹۹۰ بدلیل بالا رفتن فشارخونش تحت درمان بوده است، و تاریخچه‌ای از سردرد دارد- یک یا دو بار در هفته (که شدت آن فزاینده است)- در ۶ ماه آخر قد ۵ فوت و ۱۲ اینچ وزن ۶۳/۶ کیلوگرم درجه حرارت بدن ۹۸/۲ فشار خون در سمت چپ ۱۸۴/۱۲۰ و در سمت راست ۱۸۰/۱۲۰ است. در قسمت اندام انتهایی چپ هم توانایی و قدرت و هم توانایی حرکت کاهش یافته است.

1. Transient ischemic attack
2. cerebrovascular accident

لیست مشکلات ۲۸-۱۷

مرکز پزشکی

تاریخ	شماره مشکل	شناخته شده توسط	حل شده
۲۰۰۶/۹/۲	حمله ایسکمیک (TIA) مشکوک به حادثه عروقی مغزی (CVA) تخریب در حرکت جسمی مربوط به ضعف در اندام انتهایی چپ	جی. گلبر. پزشک عمومی	
	تخریب در تطابق مربوط به استرسورهای بزرگ زندگی و کاهش حمایتها	دی. کاند. پرستار تحصیلکرده دارای مجوز	

برنامه مراقبتی (۲۷-۱۷)

تاریخ	مشکل
۲۰۰۶/۹/۴ ۲ بعد از ظهر	#تخریب در تطابق مربوط به استرسورهای بزرگ زندگی (شامل بیماری) و کاهش حمایتها هدف: قبل از ترخیص بیمار گزارش دهد که می‌تواند به خانه برود. برنامه‌ریزی: تشخیص: آگاهی از الگوهای معمول بیمار در مقابله و انگیزه یاد گرفتن راهبردهای جدید درمانی: ۱) شرح دادن تمامی تستها و پروسیجرها به بیماری که می‌خواهد بداند و بفهمد که چه اتفاقی برای او می‌افتد. ۲) به وجود آوردن یک محیط با استراحت کامل ۳) صحبت با بیمار در خانه‌اش (دخترش تماس خواهد گرفت) مانند: ورزش‌های آرامش عضلانی. ارجاع به گروه‌های حمایتی اجتماعی برای از دست دادن همسر دی. کاندی. پرستار تحصیلکرده دارای مجوز.

یادداشت‌های سیر پیشرفت بهبودی (۲۷-۱۷)

تاریخ	یادداشت‌های پیشرفت آشنا به مشکل
۲۰۰۶/۹/۶ ۱۰ صبح	تخریب در حرکت مربوط به ضعف اندام‌های انتهایی چپ S من احساس می‌کنم پای چپم عجیب شده است احساس سوزن سوزن شدن دارم - اما من می‌توانم آن را راست کنم. O قادر است پای چپ خودش را از تخت بلند کند، خم و باز شدگی مثبتی دارد، قدرت ماهیچه‌هایش در سمت چپ ۳ از ۵ است (حرکت طبیعی بر علیه نیروی جاذبه زمین دارد). A بهبودی حرکت تا توانایی‌هایش برگردد. P درمانی: مشاوره با پزشک درباره دستور استراحت در تخت. تشخیصی: ادامه مانیتور کردن توانایی‌های ماهیچه‌ای و حرکت پاها حداقل یکبار در هر شیفت، هوشیار باشید برای هرگونه علائم راجعه حمله ایسکمیک زودگذر. آموزش: آموزش دهید که تلاش نکنند بدون کمک از تخت بیرون بیایند تا این که کارهای تشخیص کامل شود، نیاز به تقویت برای احتیاطات سلامتی دارد دی کاندی پرستار تحصیلکرده دارای مجوز

Focus Charting

- *Developed in 1981 by committee of staff nurses at Eitel Hospital in Minneapolis. Before adopting Focus Charting the hospital used the SOAP format.*
- *Modified form of SOAP charting.*
- *Uses the word **focus** rather than **problem** , because some believe that the word problem carries negative connotations.*
- *A focus can be the patient's sign's current or changed behavior , significant events in the patient's care or even a NANDA nursing diagnosis category.*
- *Instead of SOAP format a DAR (Data,Action,Response) model is used .*
- *The use of **foci** to identify areas of concern makes the charting process **more flexible** , and the nurse is not **limited** to identifying only **nursing diagnosis or problems**.*


Focus**Examples**

Current behavior or concern

Anxiety
Discharge needs

Signs and symptoms

Fever
Nausea

Acute change in status

Cardiac arrest
Seizure

Significant patient care event

Chemotherapy
Surgery

Nursing diagnosis

Ineffective coping
High risk for infection

Focus Charting

- To implement Focus Charting , use a progress sheet with **columns** for the **date , time , focus and progress notes** (DAR).
- Focus charting is a method of organizing the narrative documentation to include **Data , Action , Response** (DAR) for each identified concern.
 - **D : Data** : subjective or objective data that supports the focus.
 - **A : Action** : nursing interventions .
 - **R : Response** : patient's response to interventions.

تاریخ	ساعت	کانون(تأکید و یا توجه)	گزارش وضعیت بیمار
۸۷/۳/۱	۲۴:۰۰	تهوع بعلت بیهوشی	<ul style="list-style-type: none"> • D: بیمار ابراز می کند تهوع دارد. در ساعت ۱۱/۵، ۱۰۰cc مایع صاف و روشن استفراغ کرد. • A: ساعت ۱۱:۳۵ آمپول پلازیل یک میلیگرم وریدی تزریق شد. • R: ساعت ۱۱/۴۵، بیمار حالت تهوع و استفراغ نداشت. پرستار م - حقیقی

Incident , Variance , Or Occurrence Charting

● *Is used to document the occurrence of anything out of the ordinary that results in , or has the potential to result in , **harm to patient , employee or visitor.***

● *An incident is any event not consistent with the routine operation of a health care unit or routine care of client . example include **client falls, needle – stick injuries , a visitor becoming ill, and medication error.***

These reports are used for quality improvement and should not be used for disciplinary action against staff members.

● *Incident reports improve the management and treatment of patients by identifying high – risk patterns and initiating in- service programs to **prevent future problem.***

● *In some states , incident reports may be used in **court as evidence.***

Incident, variance or occurrence Reports:

- *In critical pathways , because of the nature of human response , there are **variance** in the client outcomes .when the client deviates from the critical path plan, it's should be record.*
- *The variances refer to either positive or negative changes , depending on the clinical situation.*
- *These reports are used for quality improvement and should not be used for disciplinary action against staff members.*
- *Incident reports improve the management and treatment of patients by identifying high – risk patterns and initiating in- service programs to prevent future problem.*
- *In some states , incident reports may be used in court as evidence.*

Incident , Variance , Or Occurrence Charting

- *Most institutions provide **specific forms** for this purpose.*
- *the complete names of all person involved and the names of all witnesses*
 - *A complete factual account of the incident*
 - *The date , time , and place of the incident*
 - *Pertinent characteristics of the person involved (e.g. alert , ambulatory , asleep)*
 - *Any equipment or resources being used*
 - *Other variables believed to be important to the incident.*

CONFIDENTIAL INCIDENT REPORT

NOT PART OF MEDICAL RECORD—DO NOT COPY OR RELEASE. This report is prepared in anticipation of litigation for the purpose of securing legal advice on potential claims and to facilitate the prompt intervention and management of such claims by the hospital's attorneys and risk manager. This report and the information contained herein is privileged.

Dept. #	Incident Date	Incident Time ____ a.m. ____ Patient ____ p.m. ____ Visitor	Person Involved	# _____ <i>Use addressograph plate or list full name, address and date of birth.</i>
Sex ____ Male ____ Female	Age	Condition Prior to Incident ____ Alert & Oriented ____ Other: _____		

BRIEF DESCRIPTION OF INCIDENT & LOCATION: _____

MEDICATION <input type="checkbox"/>	FALL <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>																																								
____ Dosage ____ Route ____ Omission ____ Duplication ____ Transcription ____ IV Rate ____ IV Infiltration ____ Patient Identification ____ Adverse Reaction to Medication/Contrast Media ____ Different Medication/IV Fluid ____ Time Administered ____ Discontinued/Unordered ____ Missing/Stolen ____ Protocol Not Followed ____ Equipment Failure/Malfunction ____ Other _____ Medication(s) Involved: _____ _____ _____	____ From Bed With Rails Up Full ____ From Bed With Rails Down x _____ ____ From Bedside Commode ____ From Chair/Equipment ____ Going To/From Bathroom ____ While Walking or Standing ____ On Stairs/Ramp ____ Assisted/Lowered to Floor ____ Fainting/Dizziness ____ Slip/Twist (Other than fall) ____ Unknown Fall Risk Assessment _____ Describe Footwear: _____ Describe Surface: _____ Other: _____ _____ _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">YES NO</td> </tr> <tr> <td>Out of Bed Privileges</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Up With Assistance</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Call Light Within Reach</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Call Light Used</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Bed Alarm On</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Sitter on Duty</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Family Notified of Fall</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td>Protective Device Used</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>(Check Type)</i></td> </tr> <tr> <td>____ Posey ____ Wrist</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Other _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>(Check Types)</i></td> </tr> <tr> <td>____ Hypnotics</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Narcotics, I, II</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Diuretic</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Antihypertensive</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Psychotropic</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Antianxiety</td> <td></td> </tr> <tr> <td>____ Antidepressant</td> <td></td> </tr> </table>		YES NO	Out of Bed Privileges	____	Up With Assistance	____	Call Light Within Reach	____	Call Light Used	____	Bed Alarm On	____	Sitter on Duty	____	Family Notified of Fall	____	Protective Device Used	____	<i>(Check Type)</i>		____ Posey ____ Wrist		____ Other _____		<i>(Check Types)</i>		____ Hypnotics		____ Narcotics, I, II		____ Diuretic		____ Antihypertensive		____ Psychotropic		____ Antianxiety		____ Antidepressant	
	YES NO																																									
Out of Bed Privileges	____																																									
Up With Assistance	____																																									
Call Light Within Reach	____																																									
Call Light Used	____																																									
Bed Alarm On	____																																									
Sitter on Duty	____																																									
Family Notified of Fall	____																																									
Protective Device Used	____																																									
<i>(Check Type)</i>																																										
____ Posey ____ Wrist																																										
____ Other _____																																										
<i>(Check Types)</i>																																										
____ Hypnotics																																										
____ Narcotics, I, II																																										
____ Diuretic																																										
____ Antihypertensive																																										
____ Psychotropic																																										
____ Antianxiety																																										
____ Antidepressant																																										

NATURE OF INJURY

____ No Apparent Injury	____ Puncture	____ Abrasion	____ Property	____ Other (describe)
____ Redness/Edema	____ Contusion/Hematoma	____ Laceration/Skin Tear	____ Burn	____ Damaged/
____ Numbness	____ Sprain/Strain/Soreness	____ Fracture/Dislocation	____ Hives	____ Lost

ASSESSMENT OF CONDITION V.S.: B/P _____ T. _____ P. _____ R. _____
 Other _____

Physician Notified: ____ Yes _____ (Time/Date) ____ No Orders Received: ____ Yes ____ No ____ N/A
 To Emergency Department: ____ Yes ____ No Care Refused
 X-Ray Taken: ____ Yes ____ No Results: _____ **Assessment Performed By:** _____

WITNESSES
 (List Names & Addresses, Unknown or None) _____

EQUIPMENT INVOLVED ____ YES ____ NO If Yes, list: Type: _____ Manufacturer: _____
 Serial No.: _____ Hospital ID No.: _____ Present Location: _____

Report Prepared By (Name and Title): _____ **Report Date:** _____

FORM-01

FIGURE 3-3 Confidential Incident Report.

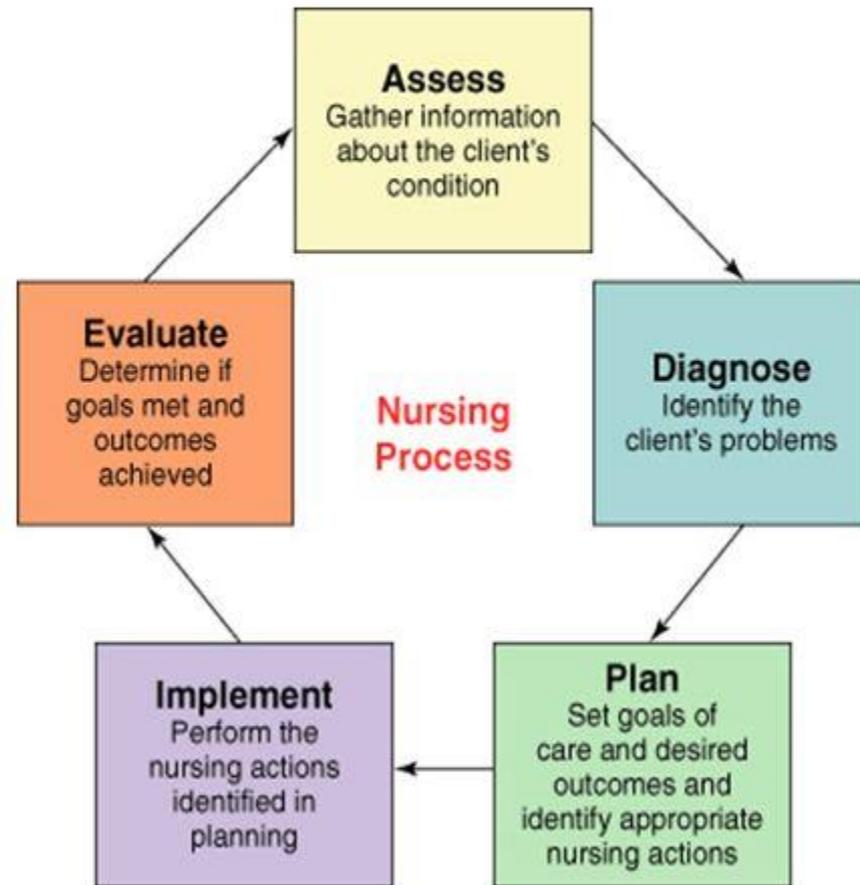
چهارکوش ۴-۲۳ مثالی از گزارش واریانس

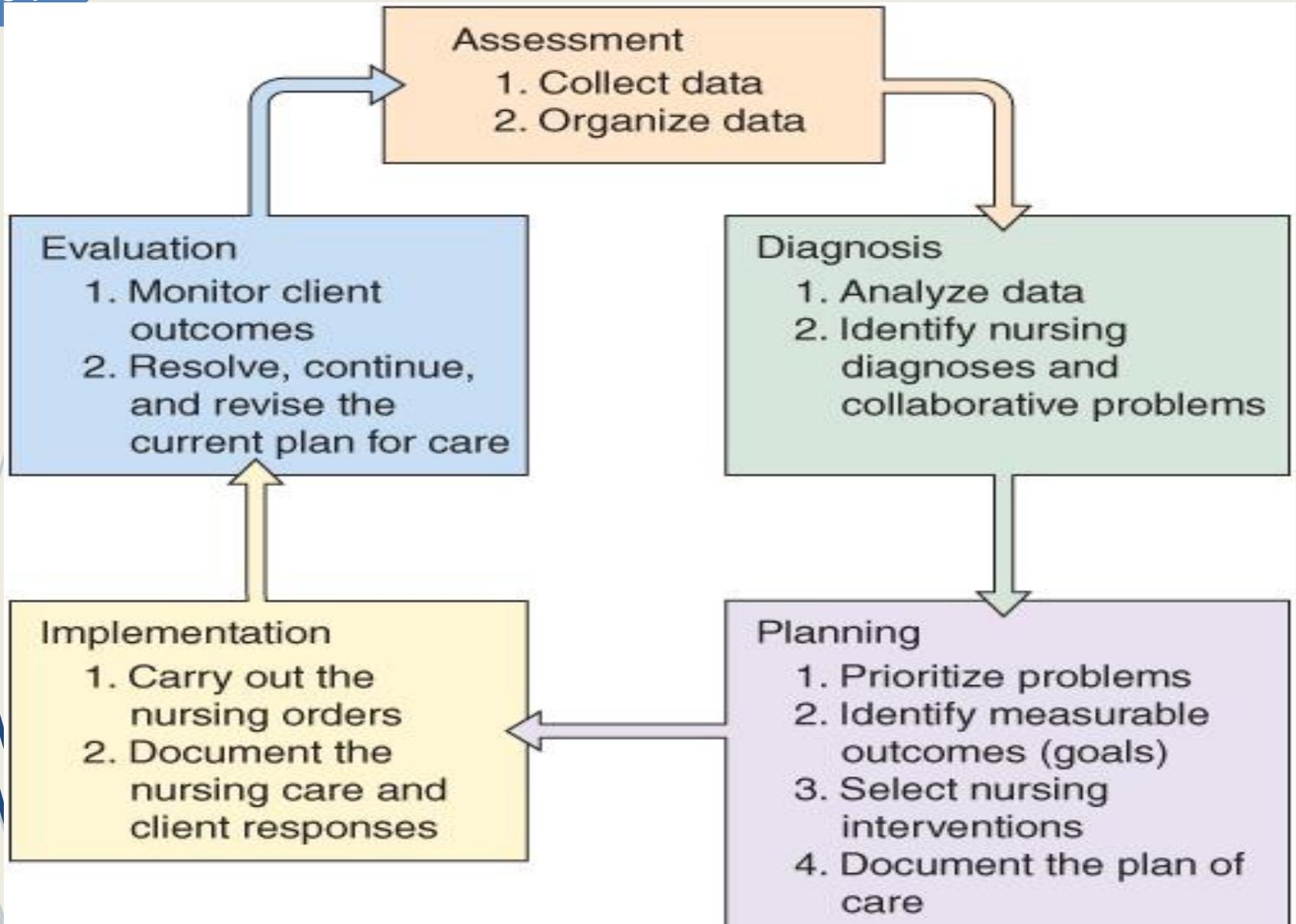
بیمار ۵۶ ساله‌ای در بخش جراحی بستری است و یک روز قبل کوله‌سیسکتومی انجام داده است. درجه حرارت او شروع به بالا رفتن نموده و صداهای تنفسی او در قاعده هر دو ریه کاهش دوطرفه داشته است و بیمار کم‌کم دچار گیجی می‌شود. معمولاً یک روز پس از جراحی باید تب بیمار کاهش یافته و صدای ریه‌ها شفاف شود. نمونه زیر مثالی از گزارش و ثبت واریانس است. ۱۳۸۵/۹/۲۳

صداهای تنفسی به صورت دوطرفه در قاعده ریه کاهش یافته است. درجه حرارت ۱۰۴ درجه فارنهایت، نبض: ۹۲، تنفس: ۲۸ بار در دقیقه و اشباع خون از اکسیژن: ۸۴٪ است. دخترش اظهار می‌دارد که بیمار دچار گیجی شده و او را نمی‌شناسد و ورود او را از دقایقی پیش تشخیص نمی‌دهد. دستور اکسیژن‌درمانی ۲ لیتر در دقیقه اجرا شد. پالس اکسی‌متری انجام می‌شود. علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه کنترل می‌شود. به پزشک اطلاع داده شد. دخترش کنار تخت بیمار است.

5 Steps in the Nursing Process

1. **Assessment**
2. **Nursing Diagnosis**
3. **Planning**
4. **Implementing**
5. **Evaluating**







That's a wrap!

Nursing process review

Nursing process basics

- Problem-solving approach to nursing care
- Emerged in 1960s but its roots began in World War II (when the nursing profession began to change)
- Includes six steps: assessment, nursing diagnosis, outcome identification, planning care, implementation, and evaluation

Assessment

- Guides the nursing process and communicates information to the health care team about the patient's condition
- Begins with a health history and physical examination
- Should follow JCAHO standards:
 - physical factors
 - psychological, social, and cultural factors
 - environmental factors
 - self-care capabilities
 - learning needs
 - discharge planning needs
 - input from the patient's family and friends when appropriate

Nursing diagnosis

- Consists of the human response or problem, related factors, and signs and symptoms
- Must be formulated, prioritized, and then used to guide the care plan

Outcome identification

- Consists of four parts: behavior, measure, condition, and time

- Should be concise, specific, realistic, measurable, and patient focused

Planning care

- May be traditional or standardized
- Consists of nursing diagnoses, expected outcomes, and nursing interventions
- Used by all members of the health care team
- Involves assigning priorities, selecting nursing interventions, and documenting diagnoses, outcomes, interventions, and evaluations
- Should be modified if patient's condition changes

Implementation

- Involves interventions, which help the patient reach his expected outcomes and should be formulated with the patient's input
- Should be documented properly (interventions that clearly state the action, are individualized, address patient safety, adhere to facility policy, consider other health care activities, and use available resources)

Evaluation

- Consists of outcomes that include specific details about patient care and evidence of the patient's response to this care
- Includes gathering reassessment data, comparing findings, determining outcome achievement, writing evaluation statements, and revising the care plan, if necessary

□ اجزای تشخیص: (P/E/S)

۱. مشکل Problem

۲. علت Etiology

۳. علائم و نشانه ها Signs & Symptoms

*درد در ارتباط با صدمات جراحی و التهاب و تورم ناشی از آن
بصورت اظهار درد توسط بیمار و انقباض عضلات

*اختلال در حرکت جسمی در ارتباط با صدمه ناشی از برش جراحی
بصورت عدم حرکت و چرخش در تخت و عدم تغییر وضعیت

*عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی ناشی از نارسایی قلبی و
احتقان ریوی بصورت اظهار تنگی نفس، تنفس سطحی

برنامه ریزی Planning

□ تعیین اولویت ها

□ تعیین اهداف و برایندهای موردانتظار

□ انتخاب راهکارها

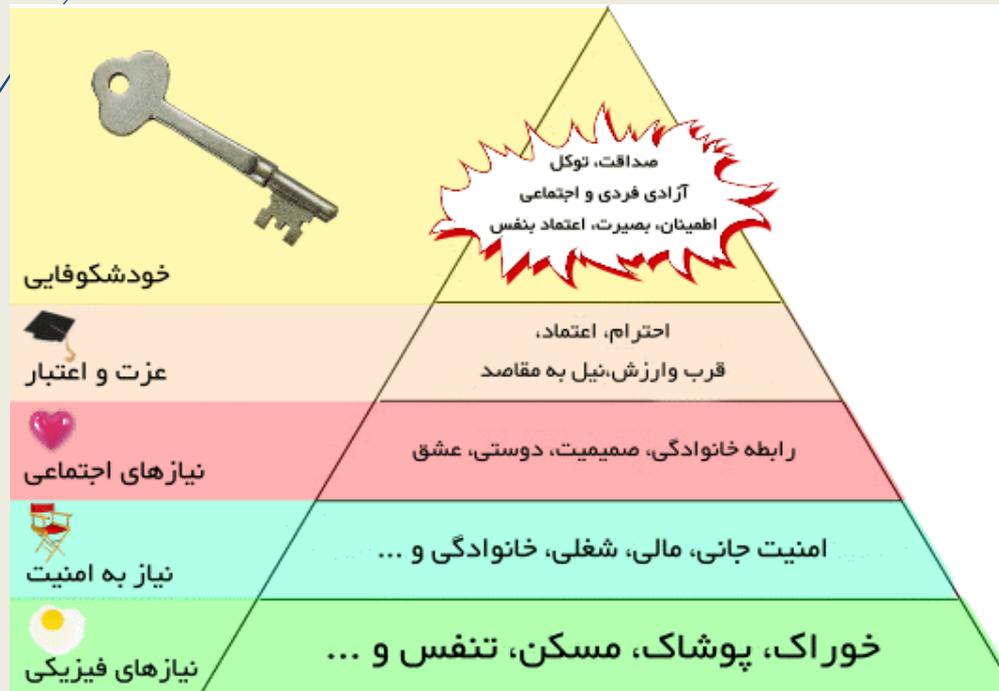
□ تدوین برنامه مراقبتی

برنامه ریزی / Planning

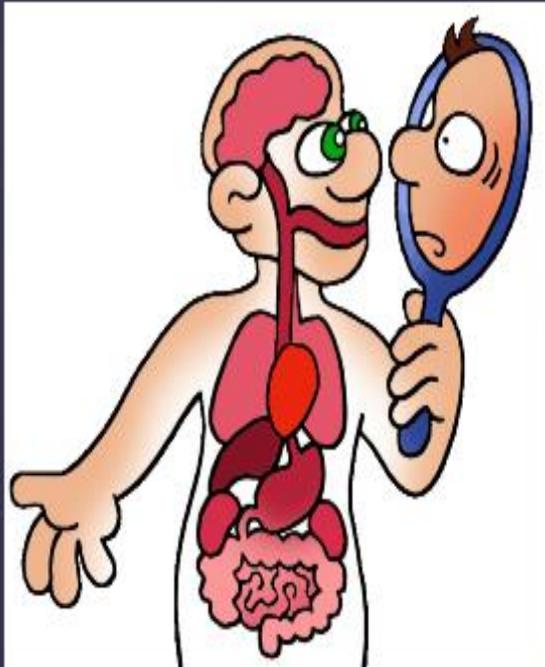
تعیین اولویت ها / Setting Priorities

مراجعه به هرم مازلو

مشکلات موجود و بالقوه‌ی تهدید کننده حیات از بالاترین اولویت ها برخوردارند.



گزارش پرستاری بر اساس ترتیب سیستم های زیر ثبت میشود:



- 1- سیستم اعصاب مرکزی
- 2- سیستم تنفس
- 3_ سیستم قلبی عروقی
- 4_ سیستم پوست
- 5_ سیستم ادراری
- 6_ سیستم گوارشی
- 7_ سیستم اسکلتی_ ماهیچه ای
- 8_ سیستم روانی اجتماعی
- 9_ سایر موارد



Art of the chart

It's traditional

Here's an example of a traditional care plan. It shows how these forms are typically organized. Remember that a traditional plan is written from scratch for each patient.

Date	Nursing diagnosis	Expected outcomes	Interventions	Outcomes evaluation (initials and date)
2/15/05	Ineffective breathing pattern	Respiratory rate stays within 5 of baseline	Assess and record respiratory status q4h.	
	R/T pain as evidenced by c/o pain with deep breaths or coughing	ABG levels remain normal Achieves comfort without depressing respirations	Assess for pain q3h. Give pain medication as ordered p.r.n.	
		Demonstrates correct use of incentive spirometry	Assist the patient to a comfortable position. Assist the patient in using incentive spirometry.	
		Auscultation reveals no adventitious breath sounds	Teach the patient how to splint chest while coughing.	
		States understanding of the importance of taking deep breaths periodically	Perform chest physiotherapy to aid in mobilizing and removing secretions. Provide rest periods.	
		Reports ability to breathe comfortably	Encourage the patient to use incentive spirometry. Provide oxygen as ordered.	
Review dates				
Date	Signature			Initials
2/16/05	M. Flopper, RN			MF

Nursing diagnoses, expected outcomes, interventions, and outcomes evaluations are key elements of traditional care plans.



Art of the chart

Why stand on tradition? Use a standardized plan

The standardized care plan below is for a patient with a nursing diagnosis of *Impaired tissue integrity*. To customize it to your patient, complete the diagnosis—including signs and symptoms—and fill in the expected outcomes.

Date 2/15/05

Nursing diagnosis

Impaired tissue integrity related to arterial insufficiency

Target date 2/17/05

Expected outcomes

Attains relief from immediate symptoms: pain, ulcers, edema

Voices intent to change aggravating behavior: will stop smoking immediately

Maintains collateral circulation: palpable peripheral pulses, extremities warm and pink with good capillary refill

Voices intent to follow specific management routines after discharge: foot care guidelines, exercise regimen as specified by physical therapy department

Standardized plans require a lot less writing.

Date 2/15/05

Interventions

- Provide foot care. Administer and monitor treatments according to facility protocols.
- Encourage adherence to an exercise regimen as tolerated.
- Educate the patient about risk factors and prevention of injury. Refer the patient to a stop-smoking program.
- Maintain adequate hydration. Monitor I/O q8h
- To increase arterial blood supply to the extremities, elevate head of bed 6" to 8"
- Additional interventions: inspect skin integrity q8h

Date _____

Outcomes evaluation

Attained relief of immediate symptoms: _____

Voiced intent to change aggravating behavior: _____

Maintained collateral circulation: _____

Voiced intent to follow specific management routines after discharge: _____



That's a wrap!

Care plans review

Five aspects to writing care plans

- Establishing care priorities
- Identifying expected outcomes
- Developing nursing interventions to attain these outcomes
- Evaluating the patient's response
- Documenting

Types of plans

Traditional

- Advantages
 - Provides a personalized plan for each patient
 - Allows the health care team and patient to visualize the plan
 - Is clearly organized
- Disadvantage
 - Is time-consuming to read and write

Standardized

- Advantages
 - Uses preprinted information organized by diagnosis, which saves documentation time and facilitates adherence to facility standards
 - Requires less writing, which makes it easier to read
 - Is easier to duplicate
 - Guides care while allowing adaptability
- Disadvantage
 - May not be individualized properly if the nurse overlooks this important step

Patient-teaching plan

- Can be traditional or standardized

Functions

- To pinpoint what the patient needs to learn and how he'll be taught
- To establish criteria for patient-learning evaluation
- To help caregivers coordinate teaching
- To prove that the patient received appropriate instruction

Parts of the teaching plan

- Learning needs
- Expected learning outcomes
- Content
- Methods
- Tools
- Evaluation

Critical pathway

Basics

- Includes a predetermined checklist of tasks you and your patient must accomplish
- Provides daily care guidelines and expected outcomes
- Dictates the length of stay

Goals

- To achieve expected patient and family outcomes
- To promote professional collaborative practice and care
- To ensure continuity of care
- To ensure appropriate use of resources
- To reduce the cost and length of stay
- To establish a framework for instituting and monitoring continuous quality improvement
- To determine, over time, the most effective treatment

Advantages

- Eliminates duplicate charting
- Gives nurses more freedom in making care decisions
- Improves communication between members of the health care team
- Improves quality of care
- Improves patient teaching and discharge planning

Disadvantage

- Is less effective for patients with multiple diagnoses and those who experience complications

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

تاریخ / ساعت / امضاء / Data & Time signature	ارزیابی نهایی Evaluation	بررسی علائم. نشانه ها ← تشخیص های پرستاری / علت ← مداخلات و اقدامات انجام شده Assessment & Nursing diagnosis/ Related to/ Intervention
---	-----------------------------	---

عدم تغییر وضعیت هوشیاری تا پایان شیفت	<p>سیستم عصبی : ناآشنا به زمان ، مکان و شخص ، GCS:10 ، Pupil: my driasis ، تشخیص پرستاری: عدم آشنایی با محیط در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری و احتمال خطر سقوط از تخت در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری ، ۱- بررسی سطح هوشیاری و سایز مردمکها ۲- بررسی پاسخ به تحریکات ۳- تشویق همراه بیمار به برقراری ارتباط کلامی با بیمار ۴- بالا نگه داشتن نرده های کنار تخت</p> <p>سیستم تنفسی : IPPV mode ، Respirator set up: ، RR = 28 ، Fix =22، ETT size = 7.5 ، O2 Sat = 80% 92% ، Ti = 0.75 s ، FiO2 = 50% →70% ، R =16 ، TV = 550</p> <p>میزان ترشحات (+++) و خونی ، تنفس سریع و سطحی ، تنگی نفس، عدم توانایی در سرفه کردن</p> <p>تشخیص پرستاری: اشکال در جداسازی از دستگاه تهویه به علت ترشحات زیاد راه هوایی ، الگوی ناکارآمد تنفسی در ارتباط با بی قراری و عدم تحمل لوله تراشه ، تغییر در تبادلات گازی در ارتباط با ترشحات زیاد ریوی و الگوی تنفسی نامناسب ، ۱- بررسی الگوی تنفسی در طول شیفت ۲- ساکشن لوله تراشه در ساعات ۸ و ۱۱ صبح و ۱ ظهر ۳- استفاده از بخور برای رقیق سازی ترشحات ۴- گزارش وضعیت بیمار به پزشک ۵- ارسال نمونه کشت از ترشحات با دستور پزشک ۶- گرفتن عکس قفسه سینه با دستور پزشک ۷- شروع داروی برم هگزین به شکل وریدی برای رقیق سازی ترشحات ۸- انجام پالس اکس متری و ارزیابی میزان اشباع اکسیژن خون + ABG ۹- افزایش درصد اکسیژن وتیلاتور از ۵۰٪ به ۷۰٪ با دستور پزشک ۱۰- انجام ABG مجدد با دستور پزشک ۱۱- گوش دادن به صداهای تنفسی (در هر دو سمت صدا شنیده می شود ولی سمت راست رالز دارد) ۱۲- تزریق ۲ میلی گرم میدازولام به بیمار به شکل IV با دستور پزشک ۱۳- تعویض چسب ETT ۱۴- تخلیه کاف به مدت ۱۵ دقیقه ۲بار در طول شیفت (۹am,12md)</p>
--	--

سیستم قلبی - عروقی : مانیتورینگ قلبی = تاقیکاردی سینوسی ، نبض رادیال: ضعیف، HR = 110 ،
100/ 70 BP = 80 / 60 ، T = 38 C (A) ، Hb = 8 ، تشخیص پرستاری: کاهش خروجی قلب در
ارتباط با خونریزی گوارشی ، تغییر در خونرسانی به بافت در ارتباط با کاهش خروجی قلب مانیتور
وضعیت قلبی و فشار خون در طول شیفت ، گزارش وضعیت بیمار به پزشک ، دریافت سرم 2/3 1/3 به
میزان ۲۰۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت به همراه ۴۰ میلی اکی والان KCL در شیفت صبح ۵۰۰ سی سی
سرم به همراه ۱۰ میلی اکی والان KCL دریافت کرده است ، تزریق N/S ۳۰۰ سی سی در ۲ ساعت
جهت هیدراتاسیون با دستور پزشک ، چک کیسه خون با مشخصات بیمار و برگه درخواستی بطور کامل
توسط خانم X و اینجانب در ساعت ۹ صبح ، تزریق یک کیسه P.C به حجم ۲۵۰ سی سی با دستور پزشک
بررسی وضعیت بیمار در فواصل زمانی مختلف از نظر واکنش حساسیتی به خون ، ثبت کامل علائم
حیاتی در برگه خون، اطلاع به شیفت بعد جهت گرفتن نمونه Hb ۶ ساعت بعد از تزریق ، گزارش
وضعیت بیمار در هنگام تزریق خون به پزشک

بهبود وضعیت فشار خون به
100 / 70

Remember!!

“If it is not documented ... it is not done”

“آنچه که ثبت نشده است، یعنی انجام نشده است.”

My charting
reflects the quality
of my patient care.



A decorative graphic on the left side of the slide. It features a solid blue vertical bar on the far left. From the right edge of this bar, several thin, curved blue lines extend upwards and outwards. A larger, solid blue arrow shape points to the right, overlapping the vertical bar and the curved lines.

Thank you for attention