1. **دستورات روتين يا ثابت :**

 **بايد واضح و روشن نوشته شده و به امضاي پزشك رسانده شود و هميشه در بخش نگه داري گردد.**

**2- دستورات PRN :**

**بايد  نام ، دوز و راه مصرف دارو توسط پزشك قيد شود. مثال : مسكن PRN (غ) .**

1. **دستورات تلفني:**
* **دستورات تلفني راه سريع و مناسب در انتقال اطلاعات مي باشد.**
* **اشخاصي كه در گزارشات تلفني نقش دارند بايد مطمئن باشند.**
* **اطلاعات داده شده و گرفته شده باید:**
* **واضح**
* **صحيح**
* **دقيق**
* **خلاصه باشد.**

**4- دستورات شفاهي :**

 **در شرايط بحراني مثل دستورات تلفني عمل مي گردد.**

**5- دستورات پزشك مشاور:**

 **بايد به تاييد پزشك معالج رسانده شود.**

**6) ثبت رفتار بيمار :**

* **مشاهده رفتار بيمار در رابطه با مشكلات سلامتي يا در رابطه با بيماري اوست .**
* **رفتار فقط شامل عكس العمل هاي جسمي نمي شود ‘ بلكه شامل تغييرات در خلق و خوي مثل افسردگي و گوشه گيري و تغيير در ارتباط كلامي و غير كلامي و عكس العمل هاي فيزيولوژيك نيز مي شود.**
* **در شرح ارتباط كلامي با بيمار بايد عين كلمات و جملات بيمار نوشته شود.**

**7- عكس العمل بيمار نسبت به اقدامات درماني و پرستاري :**

 **مثال : اثر مسكن بر درد یا اثر پاشويه بر تب ‘ گرما و سرما بر كاهش تورم و ...( مبناي گزارش درك بيمار و مشكلات عيني اوست ) .**

**8- ثبت حوادث غير مترقبه :**

* **فرار ‘ سقوط ‘ حساسيت و آلرژي ‘ برق گرفتگي ‘ كما ‘ ايست قلبي و تنفسي ‘ خودكشي بايد با ذكر ساعت و توضيحات كامل و اقدامات انجام شده ونيز در جريان قرار دادن مسئولين ‘ ثبت گردد.**
* **در هنگام وقوع حوادث بايد مدير بيمارستان را در جريان قرار داد زيرا مديران لايق ترين افراد براي تشخيص موارد قانوني و انجام اقدامات لازم هستند .**
* **هم چنين بايد اقدامات لازم ايمني يا حفاظتي ‘اطلاع به پزشك ‘ حمايت و آموزش ‘ ابزار و وسايل مورد استفاده براي حفظ ايمني بيمار ‘ قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.**

**9- ثبت موارد پاراكلينيك :**

* **جواب آزمايشات ‘ گرافي ها ‘ بايد ضمن اطلاع به پزشك و انجام پيگيري هاي لازم ثبت شده و برگهاي لازم نيز در پرونده بيمار گذاشته شود .**

**10- اقدامات درماني كه ساير اعضاي تيم درمان انجام مي دهند .**

**11- ويزيتهاي انجام شده و تعداد آن ( توسط فيزيوتراپيست ‘ مسئول تغذيه ‘ بيهوشي و...) .**

**12- درد ‘ غذا و اشتها ‘ دفع ‘ استراحت و خواب (مخصوصا در شيفت شب ).**

**13- پيشرفت بيمار‘ آموزشهاي داده شده به وي .**

**14- در بخش زنان و زايمان در مورد نوزاد نيز بايد مطلبي در مورد وضعیت نوزاد نوشت (حتي در صورت سالم بودن نوزاد) .**

**گزارش پذیرش**

* **ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده­ای دارد پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.**
* **شر ح حال: شامل:**

 **\* سن، جنس، وضعیت تأهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم­هایی از بدن را دربردارد.**

 **\*سابقه بستری، عمل جراحی، سابقه خانوادگی**

 **\*نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک .**

* **ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید بگونه ای مطلوب.**
* **ثبت اقدامات انجام شده شامل**

 **\* آزمایشات**

 **\* داروها ( شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار)**

 **\* گرافی ها و ECG**

 **\* مشاوره ها**

 **\* ویزیت پزشک**

**و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.**

**گزارش قبل از عمل**

**ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال ( برانکارد، صندلی چرخدار و غیره )**

* **ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل**
* **ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید BP –TPR – GCS**
* **ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار( سندها، لوله تراشه و غیره )**

**گزارش ریکاوری**

* **ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری**
* **ثبت نوع عمل انجام شده**
* **ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری وتاریخ شروع و پایان عمل**
* **وضعیت عمومی بیمار ( استفراغ ،خونریزی و... ) با قید ساعت ، نا م وامضاء پرستار**
* **ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل (NGT ، FC، لوله تراشه، چست تیوب ، وزنه ، هموواگ... )**
* **ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست.**
* **ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و نا خواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است ومی تواند برروی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.**
* **ثبت هر مدا خله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با ید توسط پرستار بعدی فورا صورت گیرد.**
* **در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و... ثبت شود.**

**گزارش ترخیص**

* **کنترل این که ترخیص بیمارتوسط پزشک امضاء شده باشد.**
* **وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قیدعلائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه**
* **آموزش ها ی مربوطه داده شده ( شفاهی ، پمفلت و غیره )**
* **آموزش های ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت ، دارو ، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.**

**گزارش فوتی**

* **در مورد فوت نوزاد جنس،آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین ( که از 20 هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).**
* **راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت.**
* **ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.**
* **باید نام ونام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.**

**نکات مهم در زمینه اصول نگارش گزارش پرستاری**

**1- گزارش خوانا ، مرتب ، خلاصه و مفید باشد .**

**2- از خودکار آبی و مشکی جهت ثبت گزارشات استفاده شود و از مداد استفاده نشود .**

**3- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات بطور کامل از 1 تا 24 نوشته شود .**

 **4- جهت ثبت علائم حیاتی حتی المقدور از چارت های گرافیکی آن استفاده شود.**

**5- ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در هر صفحه ضروری است .**

**6- از اختصارات استاندارد و بین المللی استفاده گردد و از اختصاراتی که ممکن است معانی مختلفی داشته باشند نباید استفاده شود .**

**7- نباید دست خط های مختلف در ثبت وجود داشته باشد .**

**8- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک یا سیاه کردن اجتناب نمایید ، بلکه یک خط واضح روی مورد اشتباه کشیده و در قسمت بالای آن کلمه Error را نوشته و اسم و سمت خود را قید و امضا نمائید .**

**9- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستای پس از نوشتن نام و نام خانوادگی و سمت خود ، ساعت و تاریخ زده و امضا کرده و سپس در پایین گزارش خط بکشید .**

**10- برای اضافه کردن مطلب جدید به گزارشات قبلی، علاوه بر درج تاریخ و ساعت جدید ، بنویسید ضمیمه گزارش قبلی(تاریخ و ساعت گزارش قبلی را نیز درج کنید) و امضا نمائید .**

 **از گنجانیدن مطالب جدید در لابلای گزارش قبلی خودداری کنید .**

**11- در صورت طولانی بودن گزارشات باید نوشته شود(ادامه دارد) امضا شود و بعد وارد صفحه بعدی شد .**

**12- جهت ثبت گزارش پرستاري از برگه هاي استاندارد استفاده نماييد.**

**13- وضعيت عمومي و هموديناميك بيمار را بر اساس علايم باليني و آزمايشگاهي ثبت نماييد.**

**14- تعداد و ریتم ضربان قلبي- تنفسي بيمار و عملكرد سيستمهاي حياتي بدن را ثبت کنید.(مخصوصا در بخش های ویژه)**

**15- در صورت استفاده از هر گونه وسايل مكانيكي (ونتيلاتور ، مانيتورينگ ، پیس میکر و......) جهت مراقبت ازبيمار توضيحات لازم را يادداشت  نماييد.**

**16- وضعيت خواب واستراحت و ميزان فعاليت و وضعيت دفعي بيمار را حتماً ثبت کنید.**

**17- بيانات و نشانه هايي را كه بيمار عنوان نموده است با استفاده از كلمات خود بيمار يادداشت كنيد.**

**18- تمام اقدامات دارويي و درماني را همراه با ساعت اجراي آنها و ذكر واكنشهاي بيمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نماييد.**

**19- ضروري است كليه موارد ثبت شده در گزارش پرستاري با ثبت دقيق ساعت مشاهده يا اجراي آن باشد.**

**20- با توجه به داروهايي كه بيمار مصرف مي كند ، عوارض جانبي آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نماييد.**

**21- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجراي آنها اجتناب کنید.**

**22- پس از مشاهده هر گونه وضعيت غير عادي يا ارائه مراقبت هاي خاص (ايزولاسيون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نويسي نمائيد.**

**23- انحصاراً در گزارش، مراقبتهايي را كه خود ارائه نموده و يا بر اجراي آنها نظارت داشته ايد ثبت نماييد.**

**24- گزارش پذيرش بيمار بايد بسيار كامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بيمار، نحوه ورود (با پاي خودش ، با برانكارد، توسط اورژانس 115، توسط همراهان و... ) ، وضعيت هوشياري بيمار، علائم حياتي هنگام ورود و ساير موارد مهم مشاهده شده باشد.**

**25- اقداماتي را كه بايد در شيفت هاي بعدي انجام و يا پيگيري شوند گزارش نماييد. (آمادگي جهت آزمايشات پاراكلينيكي ، تشخيصي ، جواب مشاوره ها  و... )**

**26- انواع آزمايشات پاراكلينيكي بيمار را درصورت انجام با ذكر ساعت و تاريخ گزارش نماييد.**

**27- درصورت بروز موارد غير طبيعي در وضعيت هموديناميك بيمار، آزمايشات پاراكلينيكي ومشاهده عوارض جانبي داروها ، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقيق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشك اطلاع دهيد.**

**28- در صورتيكه بيمار از طريق داخل وريدي مايع دريافت مي كند ميزان مايع دريافتي در شيفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظيم سرم بيمار ميزان مايع دريافتي وي را در گزارش قيد نماييد**

**29- درصورتيكه بيمار دستور كنترل ميزان جذب و دفع مايعات (I&O ) را دارد بايد فرم كنترل جذب ودفع در پرونده گذاشته شده و ميزان جذب و دفع در هر شيفت با ذكر نوع و روش دريافت مايعات همچنين مقدار و نوع هرگونه مواد دفعي بطور دقيق ثبت شود.**

**30- شبكار بايد در پايان شيفت خود جمع 24 ساعته ( I&O ) را در برگه كنترل جذب و دفع و نيز در برگه چارت علائم حياتي در ستون مربوطه ثبت نمايد.**

**31- هرگونه علائم و نشانه اي را كه در صورت بروز به پزشك اطلاع داده میشود را ثبت نماييد.**

**32- ثبت هر گونه حادثه يا اتفاقي كه سلامتي بيمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارويي و.... ) ضروري است !**

**33- مسئوليت درج صحيح دستورات پزشك در كاردكس با پرستار مسئول شيفت است و بايد در اين زمينه دقت كافي براي جلوگيري از بروز اشتباهات بعمل آيد.**

**34- دستورات اجرا نشده پزشكان را با ذكر علت ثبت نماييد.**

**35- كليه اطلاعات ضروري در مورد دستورات دارويي اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو، تاريخ و ساعت شروع و راه تجويز).**

**36- زدن علامت تيك روي ساعت تجويز دارو به منزله داده شدن دارو به بيمار و كشيدن دايره دور آن به معني ندادن دارو به بيمار مي باشد كه در هر حالت بايد نام دهنده دارو روي محل تيك يا دايره ثبت شود (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها).**

**37- در صورت ندادن دارو به هر علت و كشيدن دايره دور ساعت تجويز بايد علت آن در بالاي ساعت تجويز دارو بطور مختصر ذكر شده ودر گزارش پرستاري نيز در مورد آن توضيح داده شود.**

**38- اطلاعاتي را كه خودتان به پزشك معالج گزارش مي نماييد (حضوري، تلفني) دقيقا ثبت كنيد.**

**39- در صورت نياز به ثبت گزارش تلفني ، شرايط زير را بطور كامل رعايت كنيد:**

1. **دستور تلفني در برگه دستورات پزشك ثبت و توسط 2 پرستار امضاء شود.**
2. **دستور تلفني ظرف مدت 24 ساعت به امضاء پزشك مربوطه رسانده شود.**
3. **زمان برقراري تماس تلفني ، نام و سمت شخصي كه با وي تماس گرفته شده، نام شخص تماس گيرنده، اطلاعات داده شده و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.**

**40- از مواردي كه منجر به تحريف گزارش مي شود اجتناب كنيد از جمله:**

* **اضافه نمودن مواردي به گزارش بدون آنكه تعيين شود كه موارد مذكور بعداً اضافه شده است.**
* **ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاري**
* **دوباره نويسي و يا تغيير گزارش**
* **اضافه نمودن مواردي به يادداشت های سايرين**
* **تخريب يا مخدوش نمودن گزارشهاي قبلی يا موجود**

**41 - گزارش عمليات احياء قلبي ريوي ( C.P.R ) بطور كامل و جامع با ذكر كليه مراحل احيا بايد در پرونده ثبت شود.**

**42 - در بين مطالب مندرج در گزارش پرستاري وابتدا وانتهای گزارش جاي خالي وجود نداشته باشد.**

**43 - آموزشهاي ارائه شده به بيمار را در گزارش پرستاري ذكر نماييد.**

**44- در خصوص مشاوره­هاي پزشكي بايد توجه شود كه دستورات مشاوره فقط در صورتيكه توسط پزشك معالج يا پزشك مقيم در پرونده دستور اجراي آنها داده شده قابل انجام مي باشد و نبايد هيچگاه بطور مستقيم و بدون اطلاع پزشك معالج اجرا گردد.**

**45- گزارش را ممهور به مهر اسمي خود به همراه شماره نظام پرستاري نموده و امضاء نمائيد.**

**46- از سوگيري در توصيف شخصيت بيمار با صفات ناخوشايند بپرهيزيد.**

**47- گزارش پرستاري بايد در انتهاي شيفت براي پرهيز از اشتباه و خط خوردگي نوشته شود.( در بخشهای ویژه و یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت case method باشد گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شود )**

**تهیه کننده : علی اکبر اکبرپور سوپروایزر آموزشی**