

گزارش پرستاری

مریم هوشمند

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

شهریور 1399

تعریف گزارش نویسی در پرستاری

▶ گزارش نویسی ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند

اهمیت گزارش نویسی

▶ گزارش نویسی یک مسئولیت است و کوچک ترین بی اعتنایی در قبال این مسئولیت باعث تصمیم گیری غلط می شود، چرا که غالب تصمیم های مدیران و مسئولان بر مبنای گزارش هایی است که از مسئولان سطوح پایین تر دریافت می کنند و در نتیجه هر نوع سهل انگاری در این مورد، در قضاوت ها، عملیات، سرمایه گذاری ها، هزینه ها، استخدام ها، خط مشی ها، روش ها، تشویق ها، توبیخ ها و به طور کلی در سرنوشت حال و آینده سازمان تاثیر نامطلوب می گذارد. از این رو باید نهایت دقت و توجه در تهیه و تنظیم گزارش به کار رود.

خصوصیات یک گزارش صحیح

- ▶ حقیقت
- ▶ دقت
- ▶ کامل و مختصر
- ▶ پویایی
- ▶ سازمان دهی
- ▶ محرمانه

حقیقت:

- ▶ گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی و ذهنی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند.
- ▶ پرستار آن چه را پرستار دیگری شرح می دهد گزارش نمی کند.
- ▶ از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید یا ابهام می کند، خودداری می کند.
- ▶ از کلماتی مانند به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نمی کند.
- ▶ اصطلاحات صحیح را به کار می برد، از اختصارات نامناسب یا عبارات دوپهلو استفاده نمی کند، چرا که می تواند به سادگی گمراه کننده باشد.
- ▶ استفاده از میزان ها و واحدهای اندازه گیری به اطمینان از صحت و درستی گزارش کمک می کند.

دقت:

- ▶ موارد ثبت شده درباره بیمار باید دقیق باشد تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
- ▶ در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد خودداری نمایید.
- ▶ علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
- ▶ در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- ▶ در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر شود چه کاری توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- ▶ عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضای گزارش دهنده است که باید شامل نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت باشد.

کامل بودن گزارش

- ▶ اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد.
- ▶ در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب شود.
- ▶ توصیف هر علامتی مثل درد که باید محل، شدت، نوع درد، مدت آن و چگونگی انتشار درد، فاکتورهای تسریع کننده، فاکتورهای تسکین دهنده و علائم همراه در آن مشخص باشد.
- ▶ تاریخ بستری و ترخیص بیمار نوشته شود.
- ▶ آزمایشات، رادیوگرافی ها و کارهای تشخیصی، پیگیری آن ها، وجود موارد غیر طبیعی که به پزشک و سایرین گزارش شده است.

ادامه کامل بودن گزارش

- ▶ نیازهای آموزشی بیمار و آموزش هایی که به او داده شده است.
- ▶ مواردی که قبل از تجویز داروها باید بررسی شود مثل تعداد نبض، آریتمی قلبی، وضعیت هوشیاری و ..
- ▶ بروز هر گونه تغییر حالت مثل تغییر تنفس و کیفیت آن.
- ▶ هر گونه اقدامی طبق تجویز پزشک.
- ▶ هر اقدامی که سایر اعضای تیم درمان برای بیمار انجام داده اند مثل فیزیوتراپی.
- ▶ مشخصات بیمار و هر گونه عکس العملی که پس از اقدامات درمانی داشته است.

پویا بودن گزارش

- ▶ گزارش باید پویا و بدون تاخیر باشد.
- ▶ تاخیر در گزارش می تواند باعث بروز اشتباهات جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد.
- ▶ تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید بر اساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

ادامه پویایی گزارش

- ▶ فعالیت ها و وقایعی که باید به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردد عبارتند از :
- ▶ علائم حیاتی
- ▶ تجویز داروها و اقدامات درمانی
- ▶ آماده کردن بیمار برای تست های تشخیصی
- ▶ تغییر در وضعیت سلامت
- ▶ پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ
- ▶ درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار
- ▶ مراقبت های اولیه بعد از جراحی

سازماندهی گزارش:

▶ اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرم های مخصوص استفاده شود.

محرمانه بودن گزارش:

▶ کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار ندارد.

ضرورت گزارش نویسی:

- ▶ می توانیم با ثبت کردن، مراقبت را مستمر و پیوسته نماییم.
- ▶ طرح یا مراقبت پرستاری زمانی مفید است که همه اعضای تیم مراقبتی از بیمار با همدیگر در ارتباط باشند و تنها گزارشات موجود در پرونده به اعضای تیم امکان و اجازه می دهد از اعمال و تصمیمات افراد تیم در ارائه مراقبت ها باخبر شوند.
- ▶ وضعیت کلی بیمار و پاسخ به درمان بستگی به خوب گزارش کردن اطلاعات به پرستار بعدی دارد. چنانچه پرستار وضع مراقبت و بهبودی بیمار را به طور کامل در پرونده ننویسد، پرستاران بعدی قادر نخواهند بود سریعا تاریخچه تندرستی بیمار را درک کرده و تداوم مراقبت او را تامین کنند.
- ▶ ثبت مراقبت های پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستم های بهداشتی درمانی است و به عنوان یک وظیفه حرفه ای باید این کار را انجام بدهیم.

اهداف گزارش نویسی

- ▶ انعکاس دهنده مراقبت های ارائه شده به بیمار است.
- ▶ نشان دهنده نتایج مراقبت و درمان است.
- ▶ تسهیل کننده برنامه ریزی مداوم و مراقبت بیمار است.
- ▶ کمک به هماهنگی بین خدمات اعضا تیم بهداشتی درمانی است.
- ▶ کمک به تبادل اطلاعات در مورد وضعیت بیمار، درمان ها و مراقبت ها در بین اعضای تیم بهداشتی درمانی است. با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری، استراتژی های درمان پیگیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می شود.
- ▶ پاسخگویی به مسایل قانونی و مالی. پرونده بیمار به عنوان یک گواه در دادگاه در مقابل دعاوی بیماران معتبر و قابل قبول است و باعث مصونیت حرفه ای می شود. هم چنین بیماران هزینه درمانی خود را بر اساس گزارشات ثبت شده در پرونده حساب و پرداخت می کنند.

ادامه اهداف گزارش نویسی

- ▶ ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص، ارتباط علائم با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان به دانشجویان می دهد.
- ▶ پژوهشگران برای حل معضلات بهداشتی درمانی به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب و راهکارهای مناسب ارائه می دهند.
- ▶ این اطلاعات ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد و ارزش تاریخی دارد.
- ▶ با استفاده از گزارش ها، سازمان بهداشتی مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می کند.
- ▶ بررسی و نظارت یا رسیدگی. بررسی گزارشات پرونده بیمار به منظور ارزشیابی کیفیت و کمیت مراقبت های پرستاری انجام شده صورت می گیرد. نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص شده و اشتباهات تصحیح می شود. همچنین این کار باعث افزایش مهارت تفکر در دانشجویان می شود.
- ▶ تهیه صورت حساب مالی. از طریق ثبت کامل و صحیح، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود.

روش های گزارش نویسی پرستاری

- ▶ روش سنتی یا روش گزارش نویسی بیمارستانی
- ▶ در این روش اطلاعات طبقه بندی شده و پزشک، پرستار، آزمایشگاه، رادیولوژی و ... هر کدام برگه های خاصی در پرونده دارند.

▶ ثبت گزارش بر اساس مشکلات بیمار (ثبت گزارش مشکل مدرا نه)

▶ Problem oriented medical record (POMR)

▶ تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی او و مراقبت از اوست. نه تنها درمان های بیمار ثبت می شود، بلکه دلیل معالجات و مراقبت ها نیز ذکر می شود. سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می شود آسان تر و طبقه بندی شده خواهد بود. پرستار، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، آزمایشگاه و ... در یک محل گزارششان را می نویسند.

▶ ثبت به این روش دارای 5 قسمت یافته های اولیه، فهرست مشکلات، برنامه های مراقبت پرستاری، یادداشت های پیشرفت و خلاصه ترخیص می باشد.

▶ ثبت گزارش بر اساس سیستم مشکل-مداخله-ارزیابی

▶ Problem-intervention evaluation system (PIE)

▶ این سیستم بر پایه مشکلات بیمار و اطلاعات به دست آمده از وی سازمان یافته است. در این سیستم برنامه های مراقبتی همراه با سیر پیشرفت و مشکل تعیین شده در یک برگه ثبت می شود. در شروع هر نوبت کاری با استفاده از فلوشیت از بیمار بررسی کامل صورت می گیرد. سپس مشکلات بیمار شناسایی و شماره گذاری می گردد. برگه گزارش پیشرفت بیمار بر اساس PIE نوشته می شود.

▶ ثبت گزارش کانونی

▶ این شیوه بیمار محور است. برگه گزارش پرستاری دارای ستون های تاریخ، ساعت، کانون (تاکید، تمرکز یا توجه) و گزارش سیر پیشرفت بیمار می باشد. در ستون کانونی، تشخیص پرستاری، یک نشانه یا علامت، رفتار بیمار یا نیاز بیمار، یا تغییر وضعیت حاد بیمار و یا حوادث قابل توجه ثبت می شود.

- ▶ ثبت گزارش رایانه ای
- ▶ ارسال کردن گزارش بررسی بیمار و غربالگری بیماران بر اساس بررسی آنان
- ▶ ثبت تشخیص های پرستاری با استفاده از تشخیص های پرستاری استاندارد شده و دستورالعمل آن
- ▶ جمع آوری اولیه یافته های بیمار و به دست آوردن یافته های جدید و در نتیجه اصلاح برنامه های مراقبتی
- ▶ دریافت فهرستی از معالجات، روش های تشخیصی و داروهای ضروری بیمار در 24 ساعت
- ▶ ثبت گزارش فوری مراقبت های بیمار با استفاده از رایانه های کوچکی که در بالین بیمار قرار دارند

گزارش نویسی گام به گام

▶ پرستار معمولاً با اطلاعات پایه مربوط به دلیل بستری بیمار، گزارش خود را شروع کرده و به دنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در طول شیفت خود را گزارش می کند و به ترتیب گزارشات بدو ورود، تغییر شیفت، قبل از عمل، ریکاوری، بعد از عمل، آموزش، ترخیص یا گزارش فوت در پرونده ثبت می شود.

پذیرش بیمار

▶ پرستار معمولاً با اطلاعات پایه مربوط به دلیل بستری شدن بیمار گزارش را شروع می‌کند و به دنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در طول شیفت خود را گزارش می‌دهد. پرستار بالینی گزارشات را به ترتیبی که بیمار آن را پذیرش نموده و دلایل مشروح ویزیت را ثبت می‌کند.

گزارش بدو ورود

- ▶ ساعت و تاریخ مهم است. نحوه ورود بیمار که چگونه وارد بخش شده، با پای خودش، با برانکارد، ویلچر یا افرادی زیر بغل او را گرفته وارد بخش شد. ممکن است بیمار توسط نیروهای انتظامی یا پرسنل مراکز نگهداری سالمندان آورده شده باشد، پس مشخصات آنان باید در پرونده ثبت شود یا به مامور نیروی انتظامی بیمارستان اطلاع و صورت جلسه شود و یک نسخه در پرونده بیمار ضمیمه شود.
- ▶ شرح حال بیمار شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را درگیر کرده، سابقه بستری، عمل و سابقه خانوادگی و ... نام پزشک و محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک و ثبت ساعت ویزیت پزشک از بیمار، ثبت تشخیص قطعی یا احتمالی، ثبت علائم و مشکلات زمان پذیرش، ثبت وضعیت عمومی مددجو با قید علائم حیاتی، ثبت رفلکس بلع، رفلکس اندام ها، رفلکس و اندازه مردمک ها، وضعیت هوشیاری وزن می باشد.

در مورد بیماران مجهول الهویه:

- ▶ توسط چه کسی به اورژانس بیمارستان آورده شده، مشخصات و آدرس آن ها
- ▶ منطقه یا محلی که از آنجا آورده شده
- ▶ سن تقریبی، جنس
- ▶ نشانه یا علامت مخصوص در اندام های بدن
- ▶ رنگ و فرم لباس
- ▶ رنگ و فرم موها
- ▶ وضعیت اندام های صدمه دیده: شکستگی، کبودی، پارگی، قطع شدگی
- ▶ ثبت شماره تلفن که از دفترچه یا تلفن همراه شخص به دست آمده و یا تماسی که با افراد گرفته شده

گزارش تغییر شیفت

- ▶ در آخر هر شیفت پرستار گزارشاتی درباره بیماران به پرستاری که شیفت بعدی را تحویل می‌گیرد و قرار است با بیماران کار کند می‌دهد.
- ▶ اهداف اصلی از این گزارش، تداوم مراقبت های انجام شده برای بیمار از یک شیفت به شیفت بعدی است.
- ▶ هیچگونه اطلاعات محرمانه در حضور بیمار مطرح نمی‌گردد، گزارشات محرمانه آهسته به نحوی که فقط پرستار شیفت بعد بشنود داده میشود.

گزارش قبل از عمل

- ▶ ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)
- ▶ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ▶ ثبت وضعیت عمومی بیمار
- ▶ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار
- ▶ ثبت دستورات دارویی قبل از عمل و آمادگی انجام شده
- ▶ ثبت وسایل شخصی و لوازم زینتی فرد
- ▶ ثبت نوع عمل جراحی و محل دقیق عمل
- ▶ حساسیت دارویی، عادت به سیگار، الکل و مواد مخدر
- ▶ اخذ رضایت بیهوشی
- ▶ در مورد سزارین ثبت سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین، کنترل صدای قلب جنین و حرکات جنین الزامی است
- ▶ ثبت نام و نام خانوادگی و امضا با قید ساعت و تاریخ

گزارش ریکآوری

- ▶ ثبت ساعت ورود به اتاق ریکآوری
- ▶ ثبت نوع عمل انجام شده
- ▶ ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری و تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل، وضعیت عمومی بیمار ، استفراغ، خونریزی با قید ساعت و نام و امضای پرستار
- ▶ ثبت علائم حیاتی زمان تحویل
- ▶ ثبت اتصالات مربوط مثل چست تیوب، سوند فولی، لوله تراشه، وزنه، هموواگ و غیره
- ▶ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به همراه یا پرستار و برگه های مربوطه
- ▶ ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اتاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد، مثل خونریزی وسیع، شوک و ارست قلبی
- ▶ ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی صورت گیرد
- ▶ در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا ظاهر سالم ثبت شود

گزارش بعد از عمل

- ▶ ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ▶ ثبت نوع عمل انجام شده
- ▶ ثبت وضعیت عمومی با قید علائم حیاتی و سطح هوشیاری، درد و غیره
- ▶ ثبت وضعیت درن‌ها و تیوپ‌ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- ▶ ثبت برون ده ادراری در ساعت اولیه
- ▶ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- ▶ در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد، مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشکی و غیره
- ▶ در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد

آموزش به بیمار

- ▶ بیماران با توجه به تغییری که بیماری در زندگی آنها به وجود آورده نیاز به آموزش راهنمایی و مشاوره دارند
- ▶ به عنوان مثال بیماری که قرار است تحت جراحی قرار گیرد، معمولاً دچار ترس و اضطراب شدید می‌شود و تا فرصتی پیدا کند مکرراً سوال میکند. او سعی می‌کند اطلاعاتی را از سایر بیماران بستری در بخش در ارتباط با بیماری خود به دست آورد که این نشانه آن است که همه بیماران نیاز به آموزش و حمایت دارند.

- ▶ اهداف مهم آموزش به بیمار عبارتند از حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری، اعاده سلامتی، سازگاری با ناتوانی و عوارض بیماری.
- ▶ در آموزش به بیمار به آمادگی های ذهنی، جسمی، عاطفی، تجربه، رشد و تکامل، سطح تحصیلات، علاقه به یادگیری، مهارت های برقراری ارتباط، زبان و غیره توجه نمایید و اولویت های آموزشی را مد نظر داشته باشید.

ترخیص بیمار

- ▶ آماده نمودن بیمار برای ترخیص باید از وقتی که وی مورد پذیرش قرار می گیرد آغاز شود، باید در طول مدت بستری بودن بیمار در بیمارستان هر فرصتی به او داده شود تا خودکفا تر گردد.
- ▶ در گزارش ترخیص کنترل اینکه ترخیص بیمار توسط پزشک امضا شده باشد
- ▶ وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید همراه، آموزش های مربوطه داده شده
- ▶ ثبت آموزش های رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از خود، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند

ادامه ترخیص بیمار

- ▶ روشن نمودن هرگونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی، دادن کارت ترخیص و مراجعات بعدی، در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می‌شوند حتماً قید شود که به رغم توصیه در مورد ادامه درمان با رضایت و آگاهی از عوارض بیمارستان را ترک کرد، در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی‌شوند اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.
- ▶ چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید ادامه داشته باشد.
- ▶ در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک بیمار را تحویل داده اید و در صورتی که تحویل گیرنده از بستگان درجه یک نباشد ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.
- ▶ در ترخیص بیمارانی که توسط نیروی انتظامی و سایر سازمانها به بیمارستان تحویل داده شده اند بایستی طی نامه اداری و تلفنی به آنان اطلاع داده شود. دقت نمایید که بیمار فقط به سازمان آورنده بیمار تحویل داده شود و رسید تحویل در پرونده ضمیمه شود.

فوت بیمار

- ▶ گزارش فوتی شامل ثبت وضعیت عمومی بیمار قبل از فوت با قید ساعت و تاریخ
- ▶ ثبت ساعت بدحال شدن، اقدامات انجام شده در احیای قلبی ریوی
- ▶ ثبت ساعت فوت، نحوه صادر شدن گواهی فوت
- ▶ در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده به دنیا آمدن، سن جنینی و ساعت فوت، راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره های ژنتیک و علت های فوت
- ▶ در پرونده بیمار نوشته شود که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد
- ▶ باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شود و روی بدن بیمار و روی ملافه چسبانده شود

روش های متداول گزارش پرستاری

- ▶ کتبی
- ▶ شفاهی
- ▶ گزارش تلفنی

گزارشات معمولاً شامل شش دسته اطلاعات است

- ▶ اقدامات مستقل پرستاری
- ▶ اقدامات با دستور پزشک
- ▶ اقدامات توسط اعضای مختلف تیم پزشکی
- ▶ رفتار بیمار و سایر مشاهدات
- ▶ واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت
- ▶ گزارش آموزشی که به بیمار داده شده

ثبث اقدامات مستقل پرستاری

- ▶ اقدامات بدون دستور پزشک و بدون همکاری دیگر اعضای تیم مراقبت جهت برآوردن نیازهای خاص بیماران و با قضاوت پرستار در صورتی که برای بیمار لازم باشد انجام می شود.
- ▶ ممکن است شامل روشهای پیشگیری، آموزشی یا رفع مشکل بیمار باشد، مثل بالا آوردن سر تخت برای راحتی تنفس بیماری که مشکل تنفسی دارد یا برای بیماری که آپاندیسیت پرفوره دارد جهت جمع شدن عفونت در قسمت پایین شکم وضعیت نیمه نشسته مناسب می باشد یا وضعیت دادن بدن به نحوی که اندامها تحت کشش نباشند و بیمار راحت باشد یا تغییر پوزیشن برای جلوگیری از زخم بستر و دادن دهانشویه برای بهتر شدن اشتها و جلوگیری از عفونت تنفسی.
- ▶ روش های اصلاح کننده مثل تشویق به مصرف مایعات بیشتر، تشویق به حرکت اندامها و تحرک بیشتر و تشویق به صرفه و دادن داروها می باشد.

ثبت اقداماتی که با دستور پزشک انجام می شوند

- ▶ مثلاً در موقع پانسمان باید زخم را از نظر شکل ظاهری، اندازه، قرمزی و التهاب، ترشح و بو، داروهایی که موقع پانسمان استفاده شده، برداشتن بخیه ها و غیره و همچنین نام پزشک و پرستار قید گردد.
- ▶ اگر بیمار از خوردن دارو امتناع ورزید پرستار با ذکر علت در پرونده ثبت نماید.
- ▶ در حین چارت کردن اقداماتی که پرستار طبق دستور پزشک انجام می دهد باید به این نکات توجه داشت که چه اقداماتی و چگونه انجام شد، در چه زمانی و در چه تاریخی و چه ساعتی انجام شد، دقیقاً چه مقدار، چه طور، برای چه مدت و با چه روشی و توسط چه کسی انجام گردید.

ثبت رفتار بیمار

- ▶ مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری او
- ▶ مفهوم رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و همچنین تغییر در ارتباط کلامی و غیرکلامی که با بیمار داشته‌اید، باید عین جملات و کلمات خود بیمار را نوشت.
- ▶ گزارش عکس العمل های خاص بیمار نسبت به اقدامات درمانی و مراقبت پرستاری مانند اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه برتب، اثر سرما و گرما روی مفصل یا کم شدن تورم که باید ثبت شود

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان

- ▶ حادثه یا رویداد غیر معمول که در هنگام مراقبت از بیمار اتفاق می افتد مثلا افتادن بیمار از تخت، خطاهای دارویی و یا هر موردی که ایجاد مخاطره برای بیمار نماید.
- ▶ هدف از گزارش حوادث شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقای کیفی کار پرستاران استفاده می شود.
- ▶ پرستاران موظفند با سیاست ها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره بگیرند
- ▶ گزارش حوادث اتفاقی باید بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.

گزارش درد و دارودرمانی

- ▶ از نکات مهم در ثبت: شدت درد بیشتر معیارها از ارقام ۰ تا ۱۰ استفاده می کنند.
- ▶ الگوی درد، نوع یا کیفیت درد، عوامل تشدید کننده درد، عوامل تخفیف دهنده درد، واکنش های رفتار، آشکارسازی فیزیولوژیکی، تغییرات ایجاد شده به علت درد، محل درد و انتشار درد باید در نظر گرفته شوند.
- ▶ نکات لازم در ثبت دارو درمانی اسم دارو، شکل دارو، مقدار دارو، راه مصرف دارو، زمان مصرف و واکنش های متقابل دارویی در صورت بروز، طول مدت تجویز دارو در استفاده از داروهای اختصاصی، اسم داروهای مخلوط کردنی مورد استفاده در انفوزیون، نوع تزریق، ناحیه تزریق دارو به صورت عضلانی، ناحیه تزریق دارو به صورت وریدی، در تزریقات داخل جلدی دوز مصرفی جهت تست، موضع تست، واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق

- ▶ توجه به خطای دارویی و امتناع از مصرف دارو و ثبت در گزارش در صورت رخداد
- ▶ تجویز داروها در صورت نیاز:
- ▶ دلیل تجویز آن، پاسخ بیمار و راهنماییهای دیگر در گزارش نوشته شود.
- ▶ قطره های چشمی، گوش یا بینی به همان صورتی که مصرف شده ثبت و نوشته شود، شیاف و چگونگی تحمل بیمار نوشته شود، پس از مصرف داروهای زیرجلدی وضعیت موضع تزریق نوشته شود.
- ▶ در مورد مصرف داروهای داخل وریدی یا عضلانی مقدار و موضع تزریق آن نوشته شود.
- ▶ داشتن اعتیاد به دارو یا عدم مصرف دارو: اگر داروی غیرمجاز در اطراف یا همراه بیمار دیده شد، در گزارش نوشته شود.
- ▶ به تغییرات رفتاری بیمار توجه و نوشته شود.
- ▶ در صورتی که بیمار دارویی را برمیگرداند و مصرف نمی‌کند با ذکر دلیل در گزارش ثبت شود.

داروهای مخدر

- ▶ مواردی که در ثبت داروهای مخدر باید توجه شود عبارتند از:
- ▶ قبل از مصرف دارو به مقدار دارو و شکل دارو توجه شود.
- ▶ در صورتی که داروی مخدر باید از رده خارج شود و برای بیمار استفاده نشود، علاوه بر خودتان پرستار دیگری باید آن را مشاهده و تایید کند.

درمان داخل وریدی

- ▶ تاریخ و موضع وارد نمودن نیدل، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین، در هر نوبت کاری مقدار، نوع و تعداد قطرات و وضعیت موضع آن، در صورت تغییر محل آنژیوکت مجدداً تاریخ نوشته و دلیل آن را مثل زیر جلد رفتن مایع، التهاب عروق و انسداد یا در آوردن آن توسط بیمار یا تعویض آن طبق روتین ذکر شود.
- ▶ عوارض ایجاد شده ناشی از وجود آنژیوکت، مواردی که به خانواده آموزش داده شده است.
- ▶ شماره آنژیوکت، دستی که در آن آنژیوکت وصل شده است، نحوه ثابت سازی، نوع و حجم محلول تزریقی، نوع ست مورد استفاده، سرعت انفوزیون، وضعیت بیمار در زمان شروع مایع درمانی و بعد از آن.
- ▶ مشخصات فردی که اقدامات رگ گیری و مایع درمانی را انجام داده است.

تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (وریدی)

- ▶ مواردی که می باید در گزارش ثبت شود:
- ▶ سوند به کار رفته
- ▶ حجم و میزان محلول تجویز شده
- ▶ وضعیت موضع ورود کاتتر
- ▶ در صورتی که تغذیه از این طریق ادامه نیافت ثبت ساعت و تاریخ

انتقال خون

- ▶ فرآورده‌های خونی یا خون توسط دو پرستار بررسی و هر دو نفر اطلاعات را تایید و ثبت کنند.
- ▶ تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون
- ▶ نام پرستاری که اطلاعات را تایید کرده است
- ▶ نوع و اندازه سوزن مورد استفاده و مقدار خون ترانسفوزیون شده
- ▶ نتایج آزمایشات در حین و پس از انتقال خون
- ▶ ثبت نتایج آزمایشات انعقادی، هماتوکریت، گازهای شریانی، هموگلوبین و کلسیم
- ▶ علائم حیاتی قبل، حین و پس از انتقال خون
- ▶ چنانچه بیمار واکنش به انتقال خون نشان داد آن را متوقف نموده و گزارش را به صورت ذیل بنویسید:
تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده در بیمار، نوع و مقدار خون یا فرآورده‌های خونی که تزریق شده است، زمان شروع و توقف انتقال خون، علائم حیاتی بیمار روی نمونه‌ای که به آزمایشگاه برای تجزیه فرستاده می‌شود و درمان‌هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

ثبت گزارش مراقبت از برش محل عمل جراحی

- ▶ هنگامی که پانسمان را انجام می‌دهید مواردی که در گزارش باید به آنها اشاره شود عبارتند از:
- ▶ نوع مراقبت از زخم
- ▶ ظاهر زخم: اندازه، رنگ، وضعیت لبه های زخم، وجود وسایل محدود کننده، نکروز پوست، بو، ترشحات، مشخصات ترشحات شامل بو، نوع، مقدار و قوام می باشد.
- ▶ داروهای به کار برده شده در موضع
- ▶ آموزش هایی که به بیمار یا همراه وی داده شده
- ▶ چگونگی تحمل بیمار نسبت به پانسمان و داروی به کار برده شده

ثبت گزارش مراقبت از پیس میکر

- ▶ در صورتی که پیس میکر موقت گذاشته شده به این موارد در گزارش اشاره شود:
- ▶ تاریخ و ساعت گزاردن وسیله و دلیل استفاده از آن
- ▶ تنظیم پیس میکر و واکنش بیمار
- ▶ سطح هوشیاری و علائم حیاتی و بازویی که از آن فشار خون گرفته شده
- ▶ عوارض و علائم عفونت
- ▶ مداخلات از قبیل ایکس ری
- ▶ داروهای داده شده در قبل و حین گزاردن وسیله
- ▶ چنانچه زیرجلدی به کار برده شود محل الکترودها و تاریخ و ساعت گزاردن آن

مانیتور قلب

- ▶ مواردی که باید یادداشت شوند عبارتند از:
- ▶ تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ قلبی
- ▶ لیدهای استفاده شده
- ▶ ریتم های خوانده شده
- ▶ تغییر وضعیت بیمار

ثبت گزارش تخلیه ترشحات ریوی

- ▶ تاریخ و ساعت شروع تخلیه ریوی
- ▶ نوع سیستم به کار برده شده، مقدار موادی که از پرده جمع ساکشن شده
- ▶ وجود یا عدم وجود مواد در ظرف جمع آوری کننده
- ▶ مقدار، وضعیت، و نوع مواد تخلیه شده
- ▶ وضعیت تنفس بیمار
- ▶ در انتهای هر نوبت کاری این اطلاعات نوشته شود: چگونگی وضعیت سیستم تخلیه کننده، وجود یا عدم وجود هوا و ...، وضعیت تنفس بیمار، وضعیت پانسمان، نوع و مقدار دارویی که داده شده، در صورت عوارض مداخلات انجام شده

ثبت گزارش فیزیوتراپی ریه

- ▶ تاریخ و ساعت فیزیوتراپی
- ▶ مدت قرار دادن بیمار در وضعیت های مختلف برای تخلیه ترشحات
- ▶ استفاده از دق و لرزش در هر سگمان ریه
- ▶ مشخصات ترشحات: بو، رنگ، مقدار، چسبندگی، خون
- ▶ تحمل بیمار نسبت به فیزیوتراپی ریه
- ▶ عوارض ناشی از مداخلات انجام شده

ثبت موارد پاراکلینیک

▶ مثل آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن و غیره که باید پرستار موارد غیر طبیعی را ثبت و گزارش نماید و به پزشک نیز باید اطلاع بدهد با ذکر ساعت و موارد لازم را پیگیری نماید

اکسیژن تراپی

- ▶ دلایل شروع اکسیژن درمانی: علائم اختلال تنفسی
- ▶ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- ▶ روش اکسیژن درمانی
- ▶ میزان اکسیژن درمانی
- ▶ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

پانسمان کردن زخم

- ▶ ناحیه زخم
- ▶ وسعت و اندازه زخم
- ▶ نزدیک بودن لبه های زخم
- ▶ وجود یا عدم وجود ترشح
- ▶ رنگ و نوع و میزان ترشح
- ▶ وجود درن: توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن
- ▶ نوع محلول شستشو
- ▶ واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی

سونداژ مٲانه

- ▶ هدف از سونداژ مٲانه
- ▶ نوع سوند جهت سونداژ
- ▶ سایز سوند
- ▶ ثبت مانورها قبل از سونداژ
- ▶ حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- ▶ حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مٲانه
- ▶ در صورت شستشو حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

سونداژ معده

- ▶ نوع و اندازه لوله
- ▶ تاریخ وساعت و راه لوله گذاری
- ▶ دلایل لوله گذاری معده
- ▶ حجم مایع موجود در معده قبل از گواژ
- ▶ رنگ ترشحات برگشتی از معده
- ▶ واکنش مددجو
- ▶ علائم و نشانه های عوارض مثل تهوع، استفراغ، اتساع شکم
- ▶ روش مطمئن شدن از محل لوله در معده
- ▶ پس از برداشتن لوله: تاریخ و ساعت برداشتن آن، چگونگی تحمل بیمار، حوادث غیر معمول در حین برداشتن لوله مثل تهوع، استفراغ، اتساع شکم یا عدم تحمل غذا

تغذیه با لوله معدی روده ای

- ▶ تحمل بیمار نسبت به تغذیه با لوله
- ▶ روشی که تغذیه را دریافت می کند (به کدام قسمت دستگاه گوارش غذا وارد می شود)
- ▶ مقدار، میزان، شیوه
- ▶ رقیق کردن محلول تغذیه
- ▶ ثبت مقدار باقی مانده در معده
- ▶ عملکرد معده نسبت به تغذیه
- ▶ بررسی میزان گلوکز ادرار و سرم، الکترولیت های سرم، سطح نیترژن و اوره خون
- ▶ عوارض احتمالی مثل هایپرگلاسمی، هایپر گلیکوزوری، اسهال
- ▶ آموزش به خانواده

لاواژ

- ▶ دلایل لاواژ
- ▶ نوع و حجم محلول لاواژ
- ▶ حجم و رنگ مواد برگشتی
- ▶ واکنش مددجو

ثبث گزارش احیای قلبی ریوی

- ▶ زمان و نوع ایست
- ▶ زمان شروع احیای قلبی ریوی
- ▶ ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجرای دارو درمانی
- ▶ ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- ▶ لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی
- ▶ تعداد و ژول دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به آن
- ▶ دارو درمانی و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می کند
- ▶ واکنش مردمک ها
- ▶ افراد عضو تیم احیا
- ▶ زمان خاتمه احیا

نکات مهم در گزارش مرگ

- ▶ شرح حال وضعیت مددجو در آخرین لحظات زندگی
- ▶ اقدامات انجام شده مراقبتی و پزشکی
- ▶ ساعت اطلاع به پزشک
- ▶ زمان قطع تنفس و ضربان قلب
- ▶ زمان انجام احیای قلبی ریوی
- ▶ مدت زمان احیای قلبی ریوی
- ▶ پرسنل حاضر در سی پی آر
- ▶ ساعت انتقال جسد به سردخانه
- ▶ ثبت مشخصات تحویل گیرنده جسد

تجربت گزارش سیستم های بدن

ثبت موارد سیستم مغز و اعصاب

- ▶ سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو
- ▶ اندازه مردمک ها و واکنش به نور
- ▶ آگاهی به مکان زمان و اشخاص
- ▶ صحبت کردن، درک و فهم و داشتن پاسخ کلامی مناسب
- ▶ داشتن یا نداشتن رفتار مناسب
- ▶ سنجش حافظه بیمار
- ▶ بررسی وضعیت حسی و حرکتی اندامهای بدن
- ▶ بررسی مشکل، تشخیص پرستاری، اقدامات درمانی و مراقبتی که انجام شده است
- ▶ نتایج به دست آمده، اقداماتی که باید پیگیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ و فرد انجام دهنده مراقبت

ثبت موارد سیستم تنفسی

- ▶ تعداد، نوع تنفس، کشیده شدن قفسه سینه به عقب، داشتن یا نداشتن سرفه، نوع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب، بوی خاص ترشحات
- ▶ چگونگی وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی
- ▶ میزان دریافت اکسیژن، راه و وسیله دریافت اکسیژن
- ▶ بررسی گازهای خون شریانی، جواب گازهای خون شریانی و اقدامات مراقبتی که انجام شده است و نتایج
- ▶ انجام ساکشن، ساعت ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان
- ▶ بررسی صداهای تنفسی، نوع صدای تنفسی
- ▶ انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع فیزیوتراپی، ساعت فیزیوتراپی، ناحیه فیزیوتراپی، پوزیشن بیمار با توجه به ناحیه فیزیوتراپی، میزان تحمل یا پیشرفت بیمار
- ▶ بررسی و ثبت موارد غیر طبیعی نتایج آزمایشات، عکس برداری ها و سایر موارد دیگر
- ▶ داروهای مصرفی، پروسیجر های انجام شده، زمان شروع و اتمام انجام پروسیجر های تشخیصی درمانی، اقدامات مراقبتی که انجام شده است، ثبت دقیق اطلاعات و نتایج
- ▶ آموزش، مشاوره به بیمار و نتایج آن

ثبت موارد سیستم قلبی عروقی

- ▶ تعداد ضربان قلب در دقیقه، نوع ریتم قلب، فشارخون، محل گرفتن فشار خون، صدای طبیعی و غیرطبیعی قلب، نوار قلب و مشخصات آن، وضعیت نبض های محیطی و کیفیت آن
- ▶ بررسی مانیتورینگ بیمار
- ▶ مقدار دارو های دریافتی، نتایج و ثبت عوارض دارویی
- ▶ ثبت هرگونه تغییر در وضعیت حال بیمار، درد قفسه سینه، اقدامات درمانی و مراقبتی که انجام شده است و نتایج آن
- ▶ ثبت زمان ایست قلبی عروقی، اقدامات درمانی و مراقبتی که در زمان احیای قلبی و عروقی انجام شده است و نتایج آن
- ▶ در صورت استفاده از دستگاه دفیبریلاتور ژول مصرفی، دفعات مصرف و اقدامات تیم سی پی آر

ادامه سیستم قلبی عروقی

- ▶ نمونه های خون گرفته شده، جواب آزمایشات و عکسبرداری
- ▶ پروسیجرها
- ▶ مقدار دارو های دریافتی، ساعات دریافتی، نتایج و ثبت عوارض دارویی
- ▶ آموزش، مشاوره به بیمار و نتایج آن
- ▶ ثبت اقدامات انجام شده جهت پیشگیری از لخته
- ▶ کلیه مراقبت های پرستاری انجام شده با ذکر زمان و ساعت و نتایج آن

ثبت موارد سیستم پوستی

- ▶ رنگ پوست و مخاط
- ▶ وضعیت پوست از نظر خشک و مرطوب بودن، داشتن هرگونه آسیب، پوسته‌پوسته بودن، وضعیت قوام پوست، گرمی و سردی پوست
- ▶ توجه به هر نوع تورم و ادم در اندام‌های بدن
- ▶ در صورت زخم بستر رنگ، محل، درجه و ظاهر زخم، اندازه زخم، زمان تعویض پانسمان، بوی زخم، داروهای استفاده شده در شستشو و مقدار آن، میزان ترشح زخم
- ▶ در صورت داشتن بخیه نوع بخیه، زمان کشیدن و مراقبت مربوط به آن
- ▶ زمان ارسال نمونه ترشحات زخم
- ▶ تغییر در وضعیت بیمار، کاربرد وسایل پیشگیری از زخم بستر، انجام ماساژ، حمام بیمار

ثبت موارد سیستم تناسلی ادراری

- ▶ وضع ظاهری اندام های تناسلی ادراری و یافته های غیر طبیعی
- ▶ دفعات، مقدار و میزان، رنگ، بوی ادرار دفعی، علائم و نشانه ها
- ▶ در خانمها علائمی مانند خارش، ترشحات بدبو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، داشتن کنترل ادرار یا بی اختیاری ادرار، نتایج تست حاملگی، معاینه واژینال و غیره
- ▶ انجام مراقبت و آموزش در خصوص انواع کاتترها
- ▶ آموزش و نحوه جایگذاری سوند ادراری توسط بیمار
- ▶ کنترل جذب و دفع مایعات

ثبت در سیستم گوارشی

- ▶ وضعیت اشتهای بیمار، NPO بودن یا نبودن بیمار، نوع رژیم غذایی، مقدار آن، شیوه های تغذیه ای، زمان و تاریخ گذاشتن لوله تغذیه ای، ساعت و تاریخ تعویض، علائم و نشانه های عوارض و عفونت و اقداماتی که انجام شده است
- ▶ گزارش وجود هرگونه علائم و نشانه ها
- ▶ وضعیت اجابت مزاج از لحاظ نرم کار کردن شکم یا یبوست، کیفیت، رنگ، بو، شکل مدفوع، در صورت اسهال نوع اسهال، تعداد دفعات اجابت مزاج، شروع اسهال و اقدامات مراقبتی انجام شده است
- ▶ ثبت هرگونه خونریزی از قسمتهای مختلف دستگاه گوارش، شروع و اتمام آن، اقدامات درمانی و مراقبتی که انجام شده است
- ▶ توجه به مخاط دهان، داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس گگ، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک

ادامه سیستم گوارشی

- ▶ ساعت ویزیت و مشاوره متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایج
- ▶ اقدامات تشخیصی درمانی که انجام شده است، آمادگی ها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک مربوطه
- ▶ مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و وضعیت پوست اطراف استوما و اندازه آن
- ▶ داروهای مصرفی، ثبت عوارض و مراقبتهای خاص
- ▶ مراقبت های پرستاری انجام شده، زمان، فرد انجام دهنده و نتایج
- ▶ شرح پروسیجر، آزمایشات، نتایج و اقدامات درمانی و مراقبتی انجام شده است
- ▶ آموزش هایی که به بیمار داده شده است

ثبّت در سیستم عضلانی اسکلتی

- ▶ رنگ اندام های محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پرشدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندام ها، وضعیت حس و حرکت اندام های محیطی، فلج و سستی اندامها، محدودیت حرکتی اندامها، وجود تورم و شدت آن، داشتن درد و بی قراری
- ▶ تحرک فعال یا غیر فعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- ▶ توانایی انجام کار یا فعالیتهای روزانه
- ▶ در صورت داشتن تراجشن نوع آن، در صورت نیاز به گچ گیری نوع گچ استفاده شده، قسمتهای گچ گیری شده از اندام، زمان و انجام اقدامات مراقبتی و نتایج آن، وضعیت گچ از نظر خشک یا تر بودن
- ▶ تعویض پانسمان، ساعات پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی جهت شستشو
- ▶ ساعات حمام بیمار و نوع آن
- ▶ استفاده از وسایل کمکی مانند عصا، بریس و غیره

ثبّت در سیستم روانی اجتماعی

- ▶ زمان ورود بیمار، داشتن پاسخ کلامی مناسب، داشتن یا نداشتن فرآیند فکری نرمال، رفتار بیمار، گفته های بیمار، نوع توهمات، وضعیت حافظه بیمار، در صورت داشتن حمله نوع حمله و اقدامات مراقبتی که انجام شده است
- ▶ داشتن یا نداشتن علائم روان آشفتگی یا دلیریوم
- ▶ وجود اضطراب، وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، عدماعتماد به نفس، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، صدمه زدن به خود و دیگران، علائم نشانه های عصبانیت و خشم، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار و نتایج آن
- ▶ داشتن نقش های اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران
- ▶ وجود یا نداشتن اعتیاد، سابقه ترک اعتیاد، زمان شروع و ترک اعتیاد
- ▶ مصرف داروها، ساعات مصرف دارو، عوارض احتمالی ایجاد شده، اقدامات مراقبتی و خاص پزشکی و پرستاری که انجام شده است

منابع جهت مطالعه بیشتر

- ▶ قانون و گزارش پرستاری، زهرا ایازی و نسرين خسروی، نشر جامعه نگر، 1392
- ▶ گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری، مهري عباسی، نشر سالم، 1379
- ▶ اصول گزارش نویسی در پرستاری، عزیز شهرکی واحد، مرجان حموله مردانی، نشر جامعه نگر، 1388

از توجه شما متشکرم