



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

جزوه آموزشی

گزارش نویسی در پرستاری

واحد آموزش مرکز آموزشی درمانی شهدا

ویرایش دوم

۱۳۹۷

گزارش پرستاری :

"انتقال اطلاعات درباره چیزهایی است که با آن روبرو می شویم ،

می بینیم ، می شنویم ، انجام می دهیم یا ملاحظه می کنیم ."

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳.....	مقدمه.....
۴.....	نکات مهم در گزارش نویسی.....
۱۱.....	گزارش انتقال.....
۱۱.....	گزارش CPR.....
۱۲.....	گزارش فوتی.....
۱۳.....	مصادیق قصور و تحریف در گزارش پرستاری.....

گزارش نویسی در پرستاری

مقدمه:

ثبت گزارش بیمار تنها سند قانونی دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس نموده و چنانچه بیمار و یا ولی بیمار اظهار نماید که در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می باشد.

متأسفانه غالباً غفلتهایی در تهیه گزارش پرستاری صورت می گیرد که در نتیجه استفاده مکرر از کلمات نا مفهوم و بی معنی بوده که سبب عدم دقت گزارش نویسی می گردد اگرچه ممکن است این اشتباهات مخفی مانده و تاثیری جدی بر بیمار نداشته باشد اما همچنین احتمال تاثیرات بسیار جدی بر بیمار دریافت کننده مراقبت وجود داشته و این امر سبب کاسته شدن اعتبار پرستاری به عنوان حرفه ای با انضباط می شود ضمن اینکه باعث ایجاد مشکلات قانونی برای پرستار مسئول نیز می گردد.

استفاده از راهبردهای اساسی در گزارش نویسی در پیشگیری از اشتباهات عاملی یاری دهنده می باشد. خلاصه اینکه گزارشات بایستی دارای استانداردهای حرفه ای و رسمی باشد. یک گزارش مناسب بایستی دارای استانداردهای زیر باشد: کامل، دقیق، حقیقی، به موقع، منظم، پی در پی، قانونی، خردمندانه و محرمانه.

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم پرستار و گروههای وابسته بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند چرا که هیچ پرستاری نمی تواند چنین اظهار نظر نماید که از قوانین و خط مشی و استانداردهای حرفه ای بیمارستان در زمینه ثبت گزارشات پرستاری بی اطلاع بوده است. (اظهار بی اطلاعی از قوانین در مجامع قانونی گرهی از مشکل ایجاد شده باز نمی کند).

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری:

۱. چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده باشد قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.
 ۲. به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
 ۳. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. بعنوان مثال ساعت ۱ بعد از ظهر را بصورت ۰۰ : ۱۳ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۰۹ : ۱۵ ثبت نمایید.
 ۴. گزارش پذیرش بیمار (اولین گزارش پرستاری در هر بخش) باید بسیار کامل نوشته شده و بایستی شامل ساعت و تاریخ پذیرش در بخش، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکار، با صندلی چرخدار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهان و ...)، نام فرد تحویل دهنده، شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی، تشخیص پزشکی، نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود، داشتن **bed sore**، گچ، آتل، پانسمان قبلی، چست تیوب، آنژیوکت و سایر اتصالات، لوله و درن ها، کنترل دستبند مشخصات با پرونده و اطمینان از مطابقت مشخصات فرد با پرونده، مشکلات و محدودیتهای بیمار که می تواند در نحوه ارتباط و ایمنی بیمار (سقوط) موثر باشد (ناشنوایی، عدم تکلم، معلولیت جسمی، کم بینایی و نابینایی، سابقه بیماری قبلی، حساسیتها، سابقه مصرف دارو، ارزیابی درد، سطوح مراقبتی و سایر موارد مهم مشاهده شده، برنامه درمانی و تمام بررسیها و آزمایشهای درخواست شده توسط پزشک معالج و توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار باشد.
- ۴-۱ تذکر: در صورتیکه بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری باشد، ثبت موارد وضعیت روحی و آموزشهای ارائه شده به بیمار لازم نیست.

۵. در ابتدای هر گزارش پرستاری ثبت وضعیت عمومی بیمار ضروری است. منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون چگونگی ارتباط بیمار، عملکرد سیستم های حیاتی، علائم عینی و حسی بیمار، تغییر سطح مراقبتی بیمار و می باشد.
۶. کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دوز دارویی، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد).
۷. در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.
۸. مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با سرپرستار و پرستار مسئول بیمار است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.
۹. دستور پزشک یک دستور کلی است و اجرای مواردی چون محاسبه تعداد قطرات، محاسبه غلظت محلول، چگونگی تنظیم ساعات و... بر عهده پرستار است.
۱۰. در صورت ندادن دارو به هر علت باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...)
۱۱. در رابطه با **HOLD** دارو (داروهایی که امکان استفاده از آنها میسر نبوده و یا بنا به دلایلی مورد استفاده قرار نگرفته باید با ذکر دلیل مربوطه در گزارش درج گردد)
۱۲. در رابطه با داروهای **PRN**: درج زمان و مقدار دارو الزامی است (جهت جلوگیری از استفاده بیش از حد یا عدم استفاده).
۱۳. در رابطه با داروهای **stat** نیز درج زمان و مقدار دارو و واکنش بیمار به دارو الزامی است.
۱۴. با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و از استفاده همزمان داروهایی که اثر هم افزایی دارند اجتناب شود (مثل داروهای کاهنده فشارخون) و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

۱۵. یکی از وظایف اساسی پرستاری توجه و تامین نیازهای اساسی مددجویان است و طبعا نیاز به غذا، خواب، استراحت از اهمیت ویژه ای برخوردار است و ضروری است که چگونگی تامین این نیازها در گزارش پرستاری درج گردد. درج رژیم غذایی و میزان رعایت رژیم تجویزی در گزارش پرستاری الزامی است. در همین رابطه ذکر این نکته ضروری است که در صورت عدم تحمل رژیم غذایی و نخوردن غذا توسط بیمار، مورد حتما بایستی علاوه بر درج در گزارش پرستاری در اسرع وقت به پزشک معالج نیز گزارش شود.
۱۶. در بیماران NPO ابتدا درج NPO بودن در پرونده پزشکی و گزارش پرستاری و کاردکس الزامی است همچنین بیمار نیز در خصوص عدم مصرف هرگونه خوراکی باید توجیه گردد و بالای تخت بیمار نیز ثبت گردد.
۱۷. در مواردی که غذای بیمار گاوژ می گردد مقدار و نوع محلول بایستی در گزارش ثبت شود.
۱۸. از آنجا که سبک و روند تغذیه بیماران در بیمارستان با منزل متفاوت است با تغییر الگوی غذایی و نوع فعالیت بدیهی است که الگوی دفعی بیمار نیز مختل می گردد. لذا گزارش وضعیت اجابت مزاج و الگوی دفع ادرار در هر شیفت ضروری است.
۱۹. ثبت انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار و تستهای خاص مثل PPD و تست پنی سیلین در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ ارسال نمونه، محل نمونه گیری و فرد نمونه گیرالزامی است.
۲۰. دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه با ذکر ساعت دقیق گزارش نمایید.
۲۱. ثبت ساعت و تاریخ انجام گرافیهها و آمادگیهای لازم در گزارش پرستاری ضروری است.
۲۲. ثبت زمان ارسال نمونه های خلط، ادرار، مدفوع و..... لازم است.

۲۳. در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی (هر همان شیفت) را در گزارش قید نمایید.
۲۴. در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده الصاق شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
۲۵. در بیمارانی که میزان سرم دریافتی بایستی براساس **out put** تنظیم و انفوزیون گردد درج حجم **out put** بیمار و میزان سرم دریافتی که بر اساس I&O محاسبه و انفوزیون می شود، در هر شیفت به طور مجزا الزامی است.
۲۶. عصرکار باید در پایان شیفت خود جمع ۱۲ساعته و شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی (موجود در پرونده بیمار) در ستون مربوطه ثبت نماید .
۲۷. در رابطه با بیمارانی که تحت ونتیلاسیون مکانیکی می باشند، درج **setting** ونتیلاتور و در صورت استفاده از **sedative** دوز و زمان و نحوه تزریق آن الزامی است. انجام **ABG** و اقدامات انجام شده به دنبال دریافت جواب آن نیز بایستی در گزارش ثبت گردد.
۲۸. در رابطه با بیمارانی که تحت **O2** تراپی می باشند، ذکر میزان اکسیژن دریافتی و نحوه تجویز آن و نیز واکنش بیمار به آن بایستی در گزارش ذکر گردد.
۲۹. در بیمارانی که اپیوم مصرف مینمایند دستور پزشک مبنی بر مصرف اپیوم در پرونده باشد و در گزارش پرستاری ساعت، مقدار و روش مصرف قید شود .
۳۰. اگر بیمار اینتوبه می باشد و یا تراکئوستومی دارد، مراقبتهای انجام شده در این زمینه بایستی در گزارش ثبت شود.

۳۱. وضعیت حرکتی بیمار با ذکر ساعات انجام تغییر پوزیشن (در صورت نیاز) و استفاده از تشک موج را ثبت نمایید.
۳۲. ساعت و تاریخ جایگذاری کلیه کاتترها از جمله کاتتر فولی، کاتترهای شریانی یا وریدی، NGT، و... بایستی در گزارش پرستاری ثبت شود.
۳۳. در بیمارانی که به دلایل مشکلات تنفسی تحت درمان می باشند، قید الگوی تنفسی، نیاز بیمار به بخور، نیاز بیمار به ساکشن، فواصل انجام ساکشن، نوع و میزان ترشحات بایستی در گزارش ثبت شود.
۳۴. در بیمارانی که دارای پانسما می باشند ذکر نوع پانسما، تاریخ انجام و نحوه انجام آن، میزان ترشح زخم یا درن (حجم ترشحات یا تعداد گازهایی که در هر بار تعویض مورد استفاده قرار می گیرد) و فواصل انجام پانسما در گزارش الزامی است.
۳۵. در خصوص مشاوره های پزشکی ضمن درج ساعت و اورژانس یا غیر اورژانس بودن آن، زمان اطلاع به پزشک مشار، زمان انجام مشاوره و زمان اطلاع نتیجه مشاوره به پزشک معالج باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.
۳۶. در رابطه با دستورات تلفنی: بایستی در برگ دستورات پزشک نام پزشک، ساعت تماس، علت تماس و نام فرد گیرنده دستور ثبت شده درج گردد و جهت صحت درک، دستور مجدداً توسط پرستار مستمع در حضور پرستار دوم بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی چک شده، توسط دو پرستار مهمور شده و اجرا گردد. در نهایت دستور مزبور بایستی توسط پزشک معالج مهر و امضاء گردد (حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت) و یاد آوری و تذکر این موارد از سوی پرستار الزامی است.
۳۷. با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد در گزارش پرستاری بیمار حتماً قید نمایید.

۳۸. ضروریست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید.
۳۹. ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
۴۰. در صورت طولانی بودن در انتهای صفحه گزارش بنویسید (دامه دارد) سپس امضا کنید و بعد وارد صفحه دیگری شوید.
۴۱. گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء باید در پرونده ثبت شود.
۴۲. از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
۴۳. گزارش پرستاری باید در طول شیفت و مستمر برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.
۴۴. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید.
۴۵. فقط باید از کلمات مخفف استاندارد مورد قبول استفاده نمایید.
۴۶. توجه داشته باشید ابزار و وسایل مورد استفاده برای ایمنی بیمار نظیر استفاده از بدساید را ثبت کنید.
۴۷. برای بیماران مرخص شده ثبت گزارش ترخیص شامل آموزش های ارائه شده در زمینه رژیم غذایی، رژیم فعالیتی و رژیم دارویی و در صورت نیاز زمان مراجعه بعدی الزامی است. همچنین ثبت وضعیت عمومی بیمار در زمان ترخیص ضروری است.
۴۸. در گزارش نویسی انحصارا" مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
۴۹. در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید.
۵۰. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیزید.

۵۱. از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
۵۲. اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می‌نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.
۵۳. در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.
۵۴. در پایان گزارش از مهر (ترجیحاً دارای شماره نظام پرستاری) استفاده کنید همچنین نام خانوادگی، سمت و امضاء خود را وارد نمایید.
۵۵. پرستار موظف است در صورت بروز حوادث غیر مترقبه ای چون آلرژی، تشنج، واکنشهای ناگهانی دارویی (فوری یا تاخیری)، سقوط از تخت، برق گرفتگی، اغماء ناگهانی، ایست قلبی - تنفسی، فرار از بخش، سقوط از طبقات، خودکشی و ... اهم فرایند حادثه را به طور واقع بینانه در گزارش خود ثبت نموده و سریعاً اقدامات لازم را متناسب با نوع حادثه انجام داده و مسئولین زیربط (پزشک معالج، سوپروایزر و...) را در جریان امر قرار دهد.
۵۶. جهت جلوگیری از بروز حوادث فوق‌الذکر استفاده از حفاظ تخت، کنترل اتصالات برق، بستن پنجره ها و استفاده از حفاظ، اطمینان از خوردن نوبتهای دارویی، مهیا ساختن آنتی دوتهای اساسی، گزارش تغییرات همودینامیکی فاحش، حفاظت از قفسه های دارویی و دقت کافی در دادن داروها ضروری است.
۵۷. در هنگام وصل آنژیوکت محل آناتومیکی دقیق آن نوشته شود و در صورتی که جهت رگ گیری از همکاران دیگر درخواست کمک مینمایید در گزارش خود به طور واضح نام افرادی که در رگ گیری دخیل بوده اند را ثبت نمایید. (همچنین اقدامات دیگری مانند NGT، فولی، نمونه گیری)

دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

۱. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد.
۲. در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است
۳. مورد اصلاح شده را با خط خوانا مجدداً در متن گزارش درج کنید.

گزارش انتقال

۱. در بیمارانی که از بخشی به بخش دیگر انتقال می یابند، پرستار مسئول بیمار در گزارش خود نحوه (تخت، برانکار، ویلچر، پیاده و...) و شرایط انتقال بیمار (با اکسیژن، آمبویگ، مانیتور و...) ساعت و تاریخ انتقال، نام فرد همراه بیمار در طول مسیر و حال عمومی (واضح و شفاف) بیمار را ثبت نماید.

۲. ارجح است جهت استناد در مراجع قانونی، پرستاری که بیمار را در طی مسیر همراهی مینماید هنگام تحویل بیمار به بخش مقصد گزارش مسیر انتقال را به طور دقیق شامل شرایط بیمار حین انتقال، مراقبتهای حین انتقال و شرایط بیمار هنگام تحویل، ساعت تحویل و نام فرد تحویل گیرنده و توصیه هایی که به فرد تحویل گیرنده در ارتباط با مراقبت از بیمار شده است، در برگ گزارش پرستاری ثبت نماید.

۳. پرستار تحویل گیرنده نیز گزارش دقیق شرایط بیمار هنگام تحویل، ساعت تحویل و نام فرد تحویل دهنده را ثبت نماید.

۴. در موارد انتقال بیمار به بخشهای پاراکلینیک نیز پرستار مسئول بیمار ساعت انتقال بیمار، شرایط اسکورت طبی و نام فرد همراه بیمار ذکر شود.

۵. فردی که در پاراکلینیک بیمار را همراهی مینماید گزارش دقیقی از ساعت خروج از بخش، شرایط بیمار هنگام انتقال و انجام نوع اقدام پاراکلینیک و فرد انجام دهنده، مشکلات احتمالی به وجود آمده در بخش پاراکلینیک و ساعت تحویل بیمار به بخش را ثبت نماید.

گزارش CPR

۱. در بیمارانی که احیا میشوند پرستار مسئول بیمار ساعت تغییر یا وخیم شدن شرایط بیمار، ساعت اطلاع به کد، ساعت حضور افراد کد و نام آنها، اقدامات انجام شده و ساعت پایان احیا و نام پزشکی که اعلام می نماید احیا خاتمه پیدا کند، ساعت انتقال به سردخانه و نام فرد انتقال دهنده را به طور دقیق ثبت نماید.

۲. ارجح است جهت استناد در مراجع قانونی، پرسنل محترمی که در احیا بیمار حضور دارند (بیهوشی و پرستار CCU)، در برگ گزارش پرستاری گزارش کامل ودقیقی از اقداماتی که انجام داده اند با ذکر دقیق ساعت ثبت نمایند.

۳. فرم مخصوص CPR حتما تکمیل شود.

گزارش فوتی:

در بیماران فوتی پرستار مسئول بیمار موظف است که سوندها و اتصالات بیمار را جدا نماید یا بر روند انجام آن شخصا نظارت نماید و مسئولیت آن بر عهده پرستار مسئول بیمار میباشد. همچنین برچسب مشخصات جسد هم بر روی قفسه سینه و هم بر روی ملحفه جسد اصاق گردد و مسئولیت انجام آن با پرستار مربوطه می باشد.

مصادیق قصور و تحریف

گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :

- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه گردیده است.

- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .

- حذف نکات مهم گزارش.

- ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .

- دوباره نویسی و تغییر گزارش.

- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.

- اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین .

آنچه که تاکنون باعث شده پرستاران به دادگاه فراخوانده شوند و گاهی به دلیل سهل انگاریها یا معالجه غلط بیماران یا کوتاهی و قصور در بررسی بیمار نتوانسته اند از خود دفاع نمایند قصور ورزیدن در انجام صحیح استانداردهای مراقبتی و نارسایی در مشاهدات پرستاری بوده که ذیلا به بعضی از موارد قصور اشاره می شود:

- قصور در اجرای درمان به طور صحیح.

- سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت در ثبت آن.

- اشتباهات دارویی.

- قصور در مشاهده کردن.

- قصور در ثبت صحیح مشاهدات خود از بیمار.

- بکار گیری تجهیزات ناقص و معیوب .

- قصور در بررسی بیمار و نگرفتن تاریخچه بیماران و شرح حال آنان.

- سوختگی ها .

- قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار.
- قصور در محرمان نگه نداشتن اطلاعات بیماران .
- قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع آن .
- قصور در گزارش دادن به موقع به پزشک .
- قصور در ثبت گزارش تلفنی یا شفاهی به پزشک.
- قصور در فراهم کردن کمک به پزشک .
- قصور در مورد دستورات دارویی و غیر دارویی بی جا و نامناسب .
- قصور در ثبت دستورات .
- وا گذار نمودن مراقبت‌های درمانی و دارویی بیمار به افراد غیر کارشناس (همراه ،خدمه و ...)
- عدم ثبت ساعت وقوع حادثه .
- غفلت در ثبت جزئیات (کلی گویی).
- غفلت در ثبت دستورات شفاهی یا به امضاء نرساندن آنها.
- ثبت اطلاعات غلط.

ضمیمه

از مهمترین وظایف پرستاران انجام اقدامات پرستاری بر اساس جدیدترین دستاوردهای علمی می‌باشد. از آنجاییکه پرستاری رشته ای علمی و پویا بوده و دارای چهار چوبی علمی جهت مراقبت از بیماران در قالب "فرایند پرستاری" میباشد. در این راستا از اولین اقدامات پرستاری تعیین سطوح مراقبتی بیماران است، به عبارت دیگر پس از مشاهده و یافتن علایم عینی و ذهنی (جسمی و وضعیت روانی) وضعیت فعلی بیمار از نظر مراقبتی تعیین می‌گردد. در حال حاضر ۵ سطح مراقبتی به ترتیب زیر برای بیماران تعیین شده است که در اولین مداخلات پرستار با بیمار این سطوح مشخص می‌گردد.

ثبت این اقدامات نیز از اهمیت به سزایی برخوردار است، بنابراین در اولین گزارش پرستاری ابتدا علایم عینی و ذهنی بیمار ثبت می‌گردد و بر اساس این اطلاعات سطوح پنجگانه مراقبتی تعیین شده و ثبت می‌گردد. در قالب این سطوح مراقبتی تشخیصهای پرستاری بر اساس لیست تهیه شده از طرف "انجمن پرستاران آمریکای شمالی" NANDA نیز تعیین می‌گردد که پرستاران موظفند در ابتدای هر گزارش پرستاری تشخیصهای پرستاری خود را ثبت و اقدامات پرستاری را براساس تشخیصهای خود انجام دهند. لازم به ذکر است که منابع علمی جهت شناسایی انواع بیماریها و مراقبتهای پرستاری در بیماریهای مختلف در سایت مراکز درمانی در دسترس کلیه پرستاران میباشد.

سطوح مراقبتی بیمار بزرگسال

پرستار در ارزیابی اولیه و ثانویه بیمار نخست سطح مراقبتی بیمار را مشخص نموده و سپس برنامه مراقبتی بیمار را بر اساس تشخیص پرستاری و اقدام و آموزش به بیمار و ارزیابی مجدد از بیمار برنامه ریزی می نماید.

اقدامات و مراقبتهای پرستاری مورد نیاز با قراردادن بیماران در طبقات با توجه با تشخیص، شدت مراقبت مورد نیاز و خودتوانایی بیمار محاسبه می گردد.

سیستم طبقه بندی براساس شدت بیماری بیماران (۵ سطح مراقبتی)

سطح ۱: قادر به مراقبت از خود

سطح ۲: مراقبت جزئی

سطح ۳: مراقبت متوسط

سطح ۴: مراقبت شدید

سطح ۵: مراقبت ویژه

سطح ۱: قادر به مراقبت از خود

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن : خود بیمار قادر به خوردن و آشامیدن می باشد و یا نیاز به کمک اندکی دارد .
- نظافت و آراستگی : تقریبا کاملا به خود متکی می باشد .
- دفعی : خود به خود به تنهایی یا تقریبا تنها به توالت می رود و بی اختیاری ادراری ندارد .
- حرکت : بیمار به خود متکی است .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار جهت یک پروسیجر تشخیصی ، انجام یک پروسیجر یا جراحی ساده یا جزئی پذیرفته شده است .

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- آموزش روتین برای پروسیجر ساده
- آموزش بعد از ترخیص از بیمارستان
- واکنشهای غیر و معمول عاطفی ندارد
- بیمار ممکن است نسبت به آگاه شدن به زمان ، مکان و شخص در هر شیفت نیاز داشته باشد

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ندارد یا داروها و درمانهای ساده دارد .

سطح ۲: مراقبت جزئی

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن : بیمار می تواند به تنهایی غذا بخورد ولی نیازمند کمک در آماده کردن غذا تشویق به خوردن و پوزیشن گرفتن است .
- نظافت و آراستگی : اکثریت موارد بدون کمک یا با کمک جزئی جهت بیمار انجام می گیرد.
- دفعی : نیاز به کمک جهت رفتن به توالت یا استفاده از لوله ادراری دارد. بی اختیاری ادراری یا تجربه بی اختیاری استرسی ادراری یا قطره قطره ادرار کردن را ندارد .
- حرکت : به خودی خود یا با کمک جزئی حرکت می کند .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار علائم و نشانه های جزئی بیشتر از یک بیماری متوسط دارد
- نیازمند مانیتورینگ ، گرفتن علائم حیاتی
- درناژ و انفوزیون بدون عوارض جانبی

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی ۱۰-۵ دقیقه در هر شیفت است

- بیمار ممکن است به صورت جزئی گیج بوده، حالت تهاجمی داشته باشد اما به خوبی توسط داروها، آگاه نمودن مکرر یا محدودکننده کنترل می گردد.

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ۳۰ - ۲۰ دقیقه در هر شیفت نیازمند ارزیابی از نظر موثر بودن دارو و درمان می باشد
- بیمار ممکن است هر ۲ ساعت نیاز به بررسی وضعیت مغزی یا شناختی را داشته باشد.

سطح ۳: مراقبت متوسط

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن : بیمار ممکن است توانایی بلعیدن و یا قورت دادن را داشته باشد اما نیازمند کمک به خوردن و آشامیدن است.
- نظافت و آراستگی : به تنهایی قادر به انجام بیشتر این فعالیتهای نمی باشد.
- دفعی : نیاز به دریافت و برداشت لگن و لوله ادراری را دارد.
- حرکت : به طور کامل وابسته می باشد و نیازمند چرخاندن توسط یک نفر می باشد و تنها میتواند به صورت جزئی بچرخد.

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار علائم حاد دارد که ممکن است کاهش یابد
- نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی وضعیت فیزیولوژیکی یا وضعیت عاطفی هر ۲ تا ۴ ساعت است.
- درناژ مداوم یا انفوزیون که نیازمند مانیتورینگ هر ۱ ساعت است را دارد.

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی ۳۰ - ۱۰ دقیقه در هر شیفت است
- گاهی در مقابل به آموزش ها مقاومت می نماید و یا سریعاً درک می نماید.
- بیمار ممکن است گیج، آژیته باشد اما نسبتاً به خوبی توسط دارو، آگاهی دادن مرتب یا محدودکننده کنترل می گردد.

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ۶۰ - ۳۰ دقیقه در هر شیفت نیازمند مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک است

- بیمار ممکن است هر ۱ ساعت نیاز به بررسی وضعیت مغزی یا شناختی را داشته باشد

سطح ۴: مراقبت شدید

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن : بیمار نمی تواند به تنهایی غذا بخورد به سختی می بلعد و یا قورت می دهد . ممکن است نیازمند تغذیه از راه لوله معده داشته باشد .
- نظافت و آراستگی : کلیه موارد مانند حمام کردن ، مراقبت از موها ، مراقبت از دهان را بیمار کاملاً با کمک انجام میدهد .
- دفعی : بیشتر از ۲ بار در هر شیفت بی اختیاری دارد.
- حرکت : خود بیمار نمی تواند بچرخد، جهت چرخیدن در تخت نیازمند ۲ نفر می باشد .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- به شدت بیمار است و دچار علائم حادی مانند خونریزی یا کاهش مایعات بدن ، حملات تنفسی حاد و ... می باشد
- نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی بیشتر از ۶۰ دقیقه در هر شیفت است
- بیماران ممکن است گیج، بی قرار و عصبی و آزرته بوده وبا دارو محدودکننده و یا آگاهی دادن مکرر کنترل نمی گردد .

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- نیازمند بیشتر از ۶۰ دقیقه مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک است
- نیازمند مشاهده و ارزیابی وضعیت مغزی و شناختی هر ۱ ساعت دارد .

سطح ۵: مراقبت ویژه

- نیازمند مشاهدات دائم می باشد و در هر شیفت مانیتورینگ مداوم نیاز دارد . مانند مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور