

اصول

گزارش نویسی

پرستاری

مجموعه ذیل خلاصه ای از روش های تدوین گزارشات پرستاری است که از مقالات مختلف تهیه گردیده است.

گزارش پرستاری

به جرات می توان گفت که یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران، گزارش پرستاری می باشد. گزارش پرستاری، جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می کند. در بیان ارزش گزارش پرستاری می توان به موارد زیر اشاره نمود :

۱. نافذ ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران.
۲. سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیماران، نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی درمانی، مراقبتی و آموزشی می باشد.
۳. سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک و ... است.
۴. سند مهم برای پژوهش و نظارت است.
۵. و ...

قطعاً پرونده بیماری که یک شرح حال (Observation) و سیر بیماری (progress note) مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری (Nurse record) مناسب توسط پرستار داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می شوند.

اهداف گزارش نویسی:

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه صورتحساب مالی
۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
۶. نظارت، کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی، درمانی و بهداشتی
۷. پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح:

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است:

Actual	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness Concies	۳. کامل و مختصر
Current ness	۴. پویا
Organization	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

حقیقت در گزارش نویسی:

- گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید زیرا اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.
- گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود و احساس می کند.
- پرستار باید از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید، جدا خودداری نماید.
- پرستار به هیچ عنوان نباید از کلماتی همانند به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است، استفاده کند.

مثال:

گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتباهی خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

دقت در گزارش نویسی:

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال:

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ cc مایعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار است.

- در تهیه گزارش پرستار باید از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد، جدا خودداری نماید.

- پرستار باید علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیقاً هجی نموده و سپس در گزارش نویسی استفاده کند.

- 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 گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.

- چنانچه گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد، قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.

- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات پرستاری، داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای 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. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و خواندن نوشته های طولانی، مشکل است و باعث اتلاف وقت می گردد.
- در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

گزارش طولانی	گزارش مختصر
انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.	انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای چپ، قوی، ۴ + دو طرفه و بدون التهاب است.

پویا بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد. تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد. فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه در گزارش پرستاری ثبت گردد عبارتند از:

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش:

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است بدین منظور از فرم های مخصوص استفاده گردد.

محرمانه بودن گزارش:

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

گزارشات شفاهی:

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش، یک پرستار خلاصه ای از فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید. چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| change of shift reports | ۱. گزارش تعویض شیفت |
| Telephone reports | ۲. گزارش تلفنی |
| Transfer reports | ۳. گزارش انتقالی |
| Incident reports | ۴. گزارش حوادث اتفاقی |

گزارش تعویض شیفت:

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی، گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی انجام شده، زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغییر بوده است.

گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود. راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش، بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشدار دهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد. با توجه به این امر که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی را دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.

در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد، فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبت های دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی، راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند که :

- * اطلاعات واضح است.
- * اطلاعات صحیح است.
- * اطلاعات دقیق است.

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک، پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

- * چه موقع تماس گرفته است؟
- * چه کسی تماس گرفته است؟
- * با چه کسی صحبت شد؟
- * چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت ۱۰:۲۲ pm مسئول آزمایشگاه، آقای کمالی، میزان پتاسیم آقای صابری، بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۳/۲ میلی اکی والان گزارش نمود.

محمدی، پرستار بخش

تاریخ، امضا

دستورات تلفنی:

- ❖ این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار مبادله می شود.
- ❖ دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار، دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آن را امضاء کند.
- ❖ بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.
- ❖ وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.

- نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:
- * چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت، پرستار، حتما سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نماید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
 - * بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نماید.
 - * هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است، مجدداً تکرار نماید.
 - * تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نماید.
 - * نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نماید.
 - * لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء گردد.

گزارش انتقالی:

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود.
هنگامی که گزارش انتقال داده می شود، پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

۱. نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
 ۲. خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
 ۳. وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
 ۴. تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبت های فعلی پرستاری
 ۵. هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
- پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان (موسسه درمانی):

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.
گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

۱. توصیف دقیق واقعه
۲. زمان حادثه
۳. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
۴. زمان اطلاع به پزشک مسئول
۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
۶. درمان ها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

گزارش درد و دارو درمانی:

درد:

- ❖ کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده
- ❖ شدت درد: از ۰ (بی دردی) تا ۱۰ (شدیدترین درد) تقسیم بندی می شود: شدید: ۸-۱۰ متوسط ۴-۷ خفیف: ۱-۳ بی دردی: ۰
- درد بسیار شدید ۱۰-۹----- شدید ۸-۷----- متوسط ۴-۵-۶----- خفیف ۱-۲-۳----- فقدان درد ۰

- ❖ دوره درد: درد مداوم ، درد متناوب ، درد زودگذر
- ❖ عوامل تشدید کننده درد:
- ❖ عوامل تخفیف دهنده درد:
- ❖ واکنشهای رفتاری بیمار: تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون و واکنش مددجو

دارو درمانی :

اسم دارو، شکل دارو ،مقدار دارو ، راه مصرف دارو ، زمان مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز باید ثبت گردد. در مورد داروهای اختصاصی، علاوه بر موارد فوق، طول مدت تجویز دارو نیز باید ثبت گردد. به طور مثال:

روش تزریق: <----- SC inj, IM inj

محل تزریق: <----- موضع IV line <----- ورید سفالیک بخش قدامی دست راست

در مورد ID inj <----- مقدار مصرفی جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق

Drug Error و امتناع از مصرف دارو:

اشتباهات دارویی شامل گزارش اشتباه در مورد مقدار دارو ، شکل دارو، روش تجویز دارو ، زمان مصرف دارو و نوع دارو است. امتناع از مصرف دارو شامل پرهیز از مصرف داروهای تاریخ گذشته و بروز تداخلات و یا عوارض دارویی در بیمار است.

مثال هایی از ثبت پروسیجرهای پرستاری (Procedures Record) در گزارش پرستاری:

Oxygen Therapy.1

- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی
- طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی
- میزان اکسیژن درمانی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

Wound Dressing .2

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

Bladder Catheterization .3

- هدف از سنداژ مثانه
- نوع سند جهت سنداژ
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از انجام سنداژ
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو بایستی ثبت شود.

N.G.T insertion و گاوآژ: .4

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاوآژ: متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاوآژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مددجو

.۵. لاواژ:

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت
- واکنش مددجو

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR:

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی (CPR)
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی (ABG)
- تعداد و دفعات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
- واکنش مردمک ها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش:

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوی گزارش، منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.
- محتوی گزارش، ناقص یا بی ثبات باشد.
- محتوی گزارش، توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد.
- محتوی گزارش، منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- امضاء گزارش توسط دو نفر یا بیشتر
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم و برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ثبت گزارش قبل از انجام مداخله مورد لزوم

توجه، توجه، توجه، توجه

- پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد، بهترین مدافع پرستار می باشد.
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات پرستار آسیب می رساند.
- جهل به قانون از پرستار، رفع مسئولیت نمی کند.

- چنانچه پرستار، جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد را در پرونده ثبت نماید، اثبات صحت اقدامات انجام شده آسان تر خواهد بود.
- پرستار باید تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کند.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای در گزارش پرستاری، ایجاد مسئولیت می نماید.
- پرستار باید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه را حتما در پرونده ثبت گرداند.
- پرستار باید از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورد.
- پرستار باید در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار، مشخصات وی را با دقت تکمیل نماید.
- پرستار باید انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندد تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرد.

نکات ضروری در گزارش پرستاری:

- ۱- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.
- ۲- به منظور عدم اتلاف وقت، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ۳- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- ۴- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. ساعت ۱ بعدازظهر را به صورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت ۹:۱۵ نشان دهید.
- ۵- جهت ثبت و گزارش علائم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علائم حیاتی استفاده نمائید. (چنانچه بالای برگه های چارت علائم حیاتی ذکر ساعت خودداری گردد، در ثبت کلیه موارد اعم از روزانه، ساعتی و موردی قابل استفاده می باشد).
- ۶- با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود.
- ۷- مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول شیفت است.
- ۸- در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.
- ۹- کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات داروئی اجرا شده ثبت نمائید. (نام دارو، دوز داروئی، تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز دارو)
- ۱۰- با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار، سیر بیماری، تصمیم گیری برای درمان (شروع، ادامه، قطع دارو و یا اعمال جراحی و...) کمک کننده باشد حتما" گزارش نمائید.
- ۱۱- با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.
- ۱۲- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- ۱۳- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید.
- ۱۴- در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه، تنظیم و کنترل نمائید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید.

- ۱۵- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات (0 & 1) دارد ضروریست پس ازمحاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمائید . ضمناً" جمع ۲۴ ساعته (0 & 1) در برگه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز ثبت شود.
- ۱۶- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو ، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید .
- ۱۷- ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ۱۸- از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.
- ۱۹- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.
- دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:
- ۱-۱۹ بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
- ۲-۱۹ در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.
- ۳-۱۹ تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.
- ۲۰- گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید.
- مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:
- ۱-۲۰ اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه شده است .
- ۲-۲۰ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .
- ۳-۲۰ حذف نکات مهم گزارش.
- ۴-۲۰ ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است.
- ۵-۲۰ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.
- ۶-۲۰ تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.
- ۷-۲۰ اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین
- ۲۱- انحصاراً" در گزارش مراقبتهائی را که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید، ثبت نمائید.
- ۲۲- از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.
- ۲۳- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.
- ۲۴- در صورتیکه بیمار شفاهاً" مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاً" گزارش نمائید.
- ۲۵- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار (یا صفات ناخوشایند) بپرهیزید.
- ۲۶- اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقاً" ثبت نمائید .
- ۲۷- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید.