

مستند سازی در پرستاری

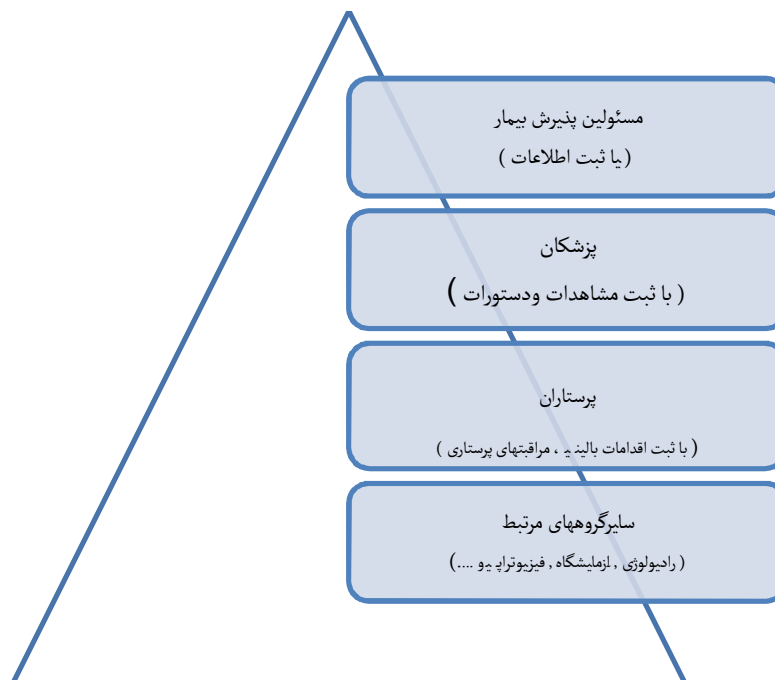


نویسنده : خسرو توکل (هیئت علمی دانشکده پرستاری)

مستندسازی مدارک پزشکی پیرو اصول و قوانینی است که رعایت این قوانین می تواند پرونده ای کامل و مستند را تنظیم نموده و از اطلاعات آن با اطمینان و اعتماد استفاده نمود.

توجه به گستردگی حوزه این داده ها دو بعد اساسی را در بر می گیرد . بعد کمی آن که روز به روز بر تعداد پرونده ها افزوده می شود و بعد کیفی آن که در واقع به کیفیت مندرجات آن مربوط می شود

گروههای مستند ساز در پرونده پزشکی بیمار



- یادداشتها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار - رابط بین پزشک و سایر گروههایی است که - در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند.

-اسنادی قانونی است که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری ثبت می گردند

- برای مدیران علوم پزشکی، ارائه اطلاعات کامل، مدیران بیمارستانها، پزشکان، پزشکی قانونی، تحقیقات و پژوهشهای دانشجویی است. بیاتگر سیر بیماریها می باشد

راه دستیابی به این هدف مستندسازی مدارک پزشکی است که رعایت قوانین مستندسازی برای مستندسازان پزشکی بلاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماریهای فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند

قوانین مستندسازی



توصیفی باشد.

- صریح باشد.

نقل قول مستقیم استفاده شود .

هنگام باشد

واضح باشد

اشتباهات مستندسازی ثبت شود

کلیه اطلاعات مربوطه ثبت شود.

محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد .

مواردی از مستند سازی در پرستاری

گزارش شما در رابطه با روش روتین پرستاری در پرونده ثبت می شود که این شامل چه کسی، یا چگونه انجام و سطح تحمل و عوارض نامطلوب و آموزش قبل و بعد از روش چگونه بوده است.

ثبت شما شامل :

دارو دادن، درمان های وریدی مراقبت های حمایتی، کنترل عفونت، تست های تشخیصی، تغییر در وضعیت بیمار، کنترل مایعات وارد تاریخ و ساعت درناژ قفسه سینه ، نوع سیستم مورد استفاده ، فشار ساکشن وجود یا عدم وجود حباب

و بالا پایین رفتن سطح آب (وجود حباب بیان گر نشت هوا می باشد) وضعیت تنفس ثبت شود. تکرار مشاهدات ثبت گردد و مجددا موارد فوق ثبت گردد.



در زمانیکه نمونه گیری برای آنالیز (ABG) انجام می دهید علائم حیاتی، درجه حرارت، محل نمونه گیری و نتیجه تست Allen را ثبت کنید. همچنین هر گونه اختلالات گردش خونی مانند خونریزی در محل نمونه گیری، التهاب، تغییر رنگ، درد، بی حسی، مور مور شدن ثبت شود. زمان نمونه گیری، طول مدتی که فشار وارد کنید، نوع و میزان اکسیژن درمانی را ثبت کنید.

در زمان ثبت ترشحات به رنگ، محتوی و میزان و تاریخ و ساعت مشاهدات خود توجه نمایید. آموزش به بیمار در ارتباط با میزان فعالیت بیمار مانند سرفه، تنفس عمیق، وضعیت نشسته اسپلینت کردن محل لوله، تایچ بررسی و شناخت تنفسی، میزان کیفیت و سمع سیستم تنفسی، در زمان مواجه با وضعیت بحرانی مانند سیانوز، تنفس سطحی و عمیق، آمفیژم زیر جلدی درد قفسه یا خونریزی شدید، زمان گزارش به پزشک، هر گونه تعویض پانسمان و مشاهدات پوست اطراف قفسه سینه ثبت گردد. در زمان انجام فیزیو تراپی قفسه سینه تاریخ و ساعت مداخلات و وضعیت بیمار برای خروج ترشحات، طول مدت قرار گرفتن در هر وضعیت، سیگمانی که ویریه یا دق میگردد، خصوصیات ترشحات (رنگ، بو، غلظت، وجود خون) عوارض مداخلات و تحمل بیمار به درمان ثبت شود.

تاریخ و زمان شروع و نوع، پاسخ عینی و ذهنی به تهویه مکانیکی (علائم حیاتی، صدای تنفس، استفاده از عضلات کمکی، سطح راحتی) ثبت گردد. هر گونه عوارض، اطلاعات آزمایشگاهی، اکسیژن اشباع، ABG رالیست نماید. اگر بیمار از Support Ventilation و یا از T-Piece یا گردن بند تراکیاستومی استفاده می کند طول تنفس خود به خود و توانایی برای نگهداری برنامه Weaning ثبت شود هر گونه انطباق با مجموعه در نتیجه جواب ABG ثبت شود مداخلاتی از قبیل پیشرفت تحرک، حمایت، روشن کردن، چرخاندن بیمار، خصوصیات ساکشن ثبت گردد. یافته های بررسی و شناخت مرتبط با گردش خون محیطی، بازده ادرار، کاهش بازده قلب کم آبی و خواب و بیداری ثبت گردد. هر گونه آموزش، علائم و نشانه عفونت و هر گونه ارجاع ثبت گردد.

- نوع و اندازه، تاریخ و ساعت و روش و دلیل وارد کردن را ثبت نوع و میزان فشار ساکشن (در صورت استفاده) خصوصیات ترشحات مانند مقدار، رنگ و محتوی و بو و تحمل بیمار توضیح داده شود در زمان شستشوی لوله معده مقدار محلول مورد استفاده ثبت گردد.

هر گونه علائم هشدار دهنده از قبیل تهوع، استفراغ، نفخ شکم و هر گونه مشکل پس از شستشو گزارش شود.

دارو دادن :



احتمالاً در بیشتر مؤسسات از فرم خاصی برای ثبت دارو دادن) استفاده می‌شود که به صورت یک فایل کارتی (کاردکس دارو) یا یک برگه مجزا می‌باشد که این بخشی از یک ثبت دائم می‌باشد در زمان استفاده از فرم مخصوص



به راهنمایی زیر توجه نمایید:

۱) به قوانین موسسه مربوطه در ارتباط با ثبت دستور دارویی و دادن دارو توجه نمایید

۲) از کامل بودن دستور دارویی (اسم کامل بیمار، تاریخ، نام دارو، مقدار، روش دادن دارو و تکرار آن) اطمینان حاصل نمایید. در زمان دادن دارو به صورت فوراً از ثبت زمان اطمینان حاصل نمایید

۳) به صورت قانونی ثبت کنید

۴) از اختصارات استاندارد تثبیت شده در موسسه استفاده نمایید

۵) بعد از دادن دارو نام کامل فرد و سمت خود را بنویسید

۶) اگر دستور دارویی فقط برای یک بار و در شیفیت بعد باید داده شود از اطلاعات ارتباطی در شیفیت بعد اطمینان حاصل نمایید و یا از یک برجسب هشدار بر روی پرونده استفاده گردد

۷) بعد از دادن دارو ثبت نمایید. اگر از ثبت کامپیوتری استفاده می‌نمایید نیز باید پس از دادن دارو ثبت گردد. اگر دارویی در زمان مقرر داده نشود دلیل ندادن دارو قید شود. گاهی شما ممکن است حدس بزنید که بین داروی بیمار و حادثه نامطلوب ارتباطی وجود دارد باید این ارتباط گزارش شود.



دادن داروهای نارکوتیک

براساس قوانین شهری یا کشوری می‌باشد. این قوانین بیان می‌دارد که بعد از هر شیفیت تعداد نارکوتیک‌ها شمارش می‌شود و قبل دادن نارکوتیک مقدار دارو در ظرف را مشخص کنید و فرم خاص را تکمیل نمایید. در بعضی از

مؤسسات از سیستم اتوماتیک برای شمارش نار کوتیک‌ها استفاده می‌شود. این سیستم اجازه می‌دهد که دارو در دسترس پرستار باشد و پس از برداشتن دارو یک کپی برای داروخانه و درآمد بیمارستان ارسال می‌گردد. در بیشتر مؤسسات از پرستار دوم برای ثبت بعضی از فعالیتها از قبیل دور ریختن مقداری نار کوتیک استفاده می‌شود.



بیشتر از ۸۰٪ بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت **درمان‌های وریدی** قرار می‌گیرند و معمولاً برای جایگزینی آب و الکترولیت، تغذیه وریدی، دادن دارو، خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌گردد بنابراین ثبت دقیق و کامل الزامی می‌باشد و باید این ثبت درمان و دارو که بیمار دریافت می‌نماید را شامل شود و این یک حامی قانونی برای شما می‌باشد. در بعضی مؤسسات از فرم خاصی یا فلوجارتی برای درمان‌های وریدی استفاده می‌شود.

در هر شیفت نوع، مقدار، تعداد قطرات و **حالت محل ورید و دارو داده شده** ثبت شود. در زمان بروز هرگونه عوارض برای مثال زیرجلد رفتن درمان وریدی را متوقف نموده سپس مقدار مایعاتی که به زیرجلد رفته را مشخص و مداخلات ضروری را انجام و پزشک را مطلع نمایید. از وارد کردن تمام اطلاعات اطمینان حاصل نمایید.

اگر داروی شیمی درمانی زیرجلد رفت ظاهر محل وریدی، نوع درمان دریافت شده (داروهای آنتی دوت) نوع پانسمان و مطلع نمودن پزشک را ثبت نمایید. **اگر عکس العمل آلرژیک** در زمان درمان‌های وریدی اتفاق افتاد فوراً پزشک را مطلع و فرم گزارش عکس العمل‌های نامطلوب را تکمیل نمایید. اطلاعاتی از قبیل نوع عکس العمل، زمان بروز عکس العمل، وسعت عکس العمل، گزارش به پزشک، درمان و هرگونه پاسخ به درمان ثبت شود.

هر گونه آموزش به بیمار و خانواده مانند هدف از درمانهای وریدی و احتمال بروز هر گونه عکس العمل گزارش شود

تغذیه وریدی

شامل:

محلولهایی که حاوی پروتئین، الکترولیت، ویتامین، املاح می‌باشد که به بیمار انرژی داده و آنابولسم را پیشرفت دهد. چون این محلولها شش بار غلیظ تر از خون می‌باشد لذا باید رقیق گردند که آسیبی به عروق های محیطی وارد نمایند. معمولاً این محلول به درون ورید اجوف فوقانی با استفاده از کاتتر مخصوص می‌باشد. معمولاً برای بیمارانی که جذب مواد غذایی از طریق دستگاه گوارش برای بیشتر از ده روز صورت نمی‌گیرد استفاده می‌شود

زیرا تغذیه وریدی باعث رشد باکتری در لاین های وریدهای مرکزی می‌گردد بیمار در معرض آلودگی سپسیس می‌باشد. استفاده از آسپسیس جراحی در ضمن آماده کردن محلول، پانسمان، ستها، و تعویض فیلترها نیاز است. مراقبت از موضع و تعویض پانسمان بر اساس قانون موسسه حداقل ۳ بار در هفته را شامل میشود. تعویض ست، فیلتر معمولاً هر ۲۴-۴۸ ساعت بر اساس قانون موسسه می‌باشد. اگر بیمار تغذیه وریدی دریافت می‌نماید نوع و محل

خطوط مرکزی و حالت محل ورودی ، حجم و تعداد قطرات باید ثبت گردد در زمان قطع تغذیه وریدی تاریخ و ساعت و نوع پانسمان به کار گرفته شده قید شود اگر چه ظاهر محل نیز ثبت شود

در ثبت روز و ساعت شروع انتقال خون و نام افرادی که اطلاعات را مشخص نمودند نوع و اندازه کاتتر، حجم خون ، علائم حیاتی قبل در ضمن و بعد از انتقال خون ، تعداد قطرات و استفاده از هر گونه وسیله گرم کننده در نظر گرفته شود .

اگر بیمار خون خود را دریافت می نماید لازم است اطلاعات آزمایشگاهی در ضمن و بعد از انتقال و علائم حیاتی ثبت گردد .

باید با توجه خاص به زمان انعقاد ، هماتوکریت ، هموگلوبین ، گاز شریانی خون و سطح کلسیم توجه ویژه گردد .



در زمان برگشت بیمار از اتاق عمل علاوه بر کنترل علائم حیاتی ، سطح هوشیاری توجه خاص به محل عمل و درن بنماید .

به دستور پزشک برای اولین تعویض پانسمان توجه بنمایید به موارد زیر در زمان ثبت بعد از عمل توجه بنمایید .

تاریخ ، ساعت و نوع مراقبت از زخم انجام شده را ثبت بنمایید

ظاهر زخم ، (اندازه ، حالت لبه زخم بافت نکروتیک) بو ، محل هر گونه درن ، خصوصیات مواد مترشحه (نوع ، رنگ ، محتوی)

اطلاعات در مورد پانسمان مانند نوع و مقدار پانسمان جدید

مراقبت از زخم اضافی (اداره ترشحات ، شستشو ، به کار گیری داروهای موضعی)، سطح تحمل بیمار، مراقبت خاص در اداره درد

رنگ و مقدار ترشحات قابل اندازه گیری در فرم مایعات وارد و دفع شده ثبت شود

کشیدن بخیه جزء مسئولیتهای پزشک بوده اما پرستار با مهارت قادر به انجام این روش می باشد در این روش ظاهر خط بخیه ، تاریخ و ساعت خارج کردن بخیه ، وجود ترشحات چرکین زخم را ثبت بنمایید . در صورتیکه مشکوک به عفونت در موضع می باشید پزشک را مطلع نمونه را جمع آوری و به آزمایشگاه ارسال بنمایید

بررسی مکرر ثبت سطح تحمل به فرمول غذایی و نوع غذا دارن از طریق تیوب (غذا دادن از طریق دئودنوم یا ژژنوم یا لقمه ای یا مداوم) ، به همان اندازه میزان ، تعداد ، روش تغذیه ای حائز اهمیت می باشد .

اگر نیاز به رقیق کردن فرمول غذایی می باشد میزان رقت را بنویسید (1/3، 1/2)

زمانیکه شما برای حفظ کفایت ، لوله را شستشو می دهید زمان و نام محلول شستشو مورد استفاده را قید نمایید (آب). در صورت تعویض کردن لوله حتما ثبت نمایید

به طور منظم عملکرد گوارشی بیمار بررسی و ثبت گردد و در صورتیکه برای تسکین یا درمان یبوست یا اسهال از دارو استفاده می شود ثبت نمایید . در زمان کمک به پزشک در وارد کردن خطوط کردن وریدی نیاز است زمان ورود ، نوع ، طول و محل و محلول تزریق شده ، نام و پاسخ بیمار به روش به روش ثبت شود معیار های دیگر شامل زمان مطالعه رادیولوژیکی برای تثبیت ایمن خطوط و قرار دادن صحیح کاتتر ثبت شود .

در زمان خارج کردن خطوط CV ثبت و تاریخ و خروج و نوع پانسمان استفاده شده طول کاتتر و حالت محل ورود و ارسال کاتتر برای کشت به آزمایشگاه ثبت گردد .



در ضمن پوتکسیون لومبر دقیقاً بیمار را از نظر علائم و نشانه ها و هر گونه تغییر سطح هوشیاری گيجی ، تغییر در علائم حیاتی و مشاهدات پزشک باید ثبت گردد .

شروع و تکمیل زمان روش و تعداد لوله های نمونه CSF ، تحمل بیمار ، اطلاعات مرتبط ثبت شود . حالت بیمار و قرار دادن بیمار به مدت 6-12 به حالت خوابیده به پشت ، تشویق به دریافت مایعات بررسی سردرد و کنترل محل ورود نیدل از نظر نشت CSF و مداخلات و مشاهدات ثبت گردد .

در زمان مراقبت از بیمار در ضمن وبعد از پاراستیز تاریخ و زمان و محل پاراستیز ، میزان رنگ ، غلظت و بوی مایعات آسپیره شده و مایعات ورودی و دفعی را ثبت نمایید . در زمان مراقبت از بیمار علائم حیاتی ، فعالیتهای پرستاری مرتبط با ترشحات و تعویض پانسمان ، کنترل ترشحات برای هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول و هر ۳۰ دقیقه برای ۲ ساعت بعدی و هر ساعت برای ۴ ساعت بعدی و سپس هر ۴ ساعت برای ۲۴ ساعت بعدی ثبت گردد ثبت خصوصیات ترشحات از قبیل رنگ ، بو ، غلظت تداوم یابد اگر نشت مایعات پرتونن ادامه یافت زمان و تاریخ و مطلع نمودن پزشک را ثبت نمایید

در زمان کمک به **توراکوستیز** هر گونه درد غیر معمول و ناگهانی ، غش ، گيجی ، تغییر در علائم حیاتی مشاهدات پزشک ، تاریخ و زمان و نام پزشک ، میزان و کمیت ترشحات و پاسخ بیمار ثبت گردد .

اگر علائم تاخیری از قبیل پنوموتوراکس ، همو توراکس آمفیزم زیر جلدی ، عفونت ظاهر گردید پزشک را مطلع نموده و مشاهدات و مداخلات ، ارسال نمونه برای آنالیز را ثبت کنید . .



یکی از مهمترین مسئولیتهای ثبتی شما ثبت هر گونه تغییر در حالت بیمار می باشد .

گزارش شما شامل شکایت بیمار ، بررسی و شناخت و مداخلات ، کسی که به شما بیان می کند ، چه چیزی گزارش شده و چه آموزشهایی دریافت کرده است . در زمان ثبت مشاهدات خودتان از کلماتی مانند « ظاهر شد » برای مثال ظاهر مدفوع خونی است باید خصوصیات مدفوع از قبیل رنگ ، مقدار ، تکرار ، و محتوی ثبت گردد

بیشتر بیماران نیازمند کنترل مایعات وارده و دفعی در طول ۲۴ ساعت دارند که معمولاً این بیماران تحت عمل جراحی و درمانهای وریدی ، بیماران عدم تعادل آب و الکترولیت و سوختگی ، خونریزی و ادم می باشند .

فرم مایعات وارده و دفعی در کنار تخت بیمار یا در درب دستشویی برای ثبت استفاده می شود . هر گونه ترشحات و شستشو و بی اختیاری باید ثبت شود .



برای دستیابی بهتر حجم خاص ظروف را لیست نمایید معمولاً ظرفهای سرم از نظر دقت حائز اهمیت میباشد ظروف دریافت مایعات مندرج شود . برای مثال غذاهایی که در دمای اتاق بصورت مایفراموش تکنیم که بوسیله میکروست یا تزریق وریدی یا هر گونه شستشو ، و مایعاتی که خارج از اتاق مصرف می کند را شمارش نماییم .

برای ثبت دقیق مایعات دفعی نیازمند همکاری بیمار و پرسنل می باشد . اگر بیمار راه می رود حتماً یورنیال به او داده شده است .

میزان دفع از طریق دستگاه گوارش بطور معمول 100ml یا کمتر میباشد . اگر مدفوع بیمار زیاد یا آبکی باشد به عنوان مایعات دفعی در نظر گرفته می شود . استفراغ ، ترشحات از ساکشن ، ترشحات زخم ، خونریزی جزو مایعات دفعی می باشد .

ع می گردد مانند ژلاتین باید به خانواده آموزش داده شود که تمام مایعات و غذاهای دریافتی گزارش شود .

زمانیکه بیمار بیحرکت با زخم فشاری وارد بخش شما می گردد ، محل ، ظاهر ، اندازه ، عمق و رنگ ترشحات را ثبت نمایید .

فلوشیت ها راهنمای خوبی برای ثبت شما می باشند و در زمانی که شما پزشک را جهت هر گونه تغییر در بافت های اطراف مطلع می نمایید ایده خوبی به شما می دهد .

اگر در ضمن بستری شدن زخم وسعت یابد نیاز است مراقبت از پوست و فاکتور های مرتبط را ثبت نماییم زیرا خانواده تصور مینماید که زخم فشاری متعاقب مراقبت های پرستاری ضعیف ایجاد گردیده اگر چه بعضی از فاکتور های خطر زا مانند چاقی ، وضعیت ضعیف تغذیه ، کاهش هموگلوبین ، بی حرکتی ، عفونت ، بی اختیاری ، شکستگی جزو عوامل تساوی در پیشرفت زخم فشاری بوده است

موسسه شما نیازمند گزارش پایان شیفت (گاهی اوقات گزارش ۲۴ ساعته نامیده می شود) می باشد . این ثبت ها بیانگر فعالیت بخش و وضعیت بیمار و نسبت پرسنل به بیمار ، تخت اشغال شده ، تغییرات حاد و اورژانسی ، مشکلات بیمار و خانواده و آسیب ها ، مشکلات تدارکاتی و وسایلی ، تعداد روشهای پر خطر و اطلاعات مهم دیگر را شامل می شود

یک عکس العمل شدید به یک آلرژن بعد از تماس با مواد ایجاد می شود و احتمالاً یک پاسخ خطرناک است که نیازمند مداخلات اورژانسی است . بررسی و شناخت سریع راه هوایی و تنفس و گردش خون و شروع احیا قلبی ریوی ضرورت دارد . نزد بیمار بمانید و مکرراً علائم حیاتی را کنترل نمایید . فوراً پزشک را مطلع و دستورات پزشک مانند تزریق اپی نفرین را به جا آورید . در زمانی که بیمار در وضعیت با ثباتی است بررسی و شناخت را انجام و دلایل آنافلاکسی را مشخص نمایید تاریخ و زمان عکس العمل آنافلاکتیک را ثبت نمایید . حوادثی که منجر به پاسخ آنافلاکتیک گردیده را ثبت نمایید . علائم نشانه های بیمار مانند اضطراب ، طپش قلب ، برافروختگی ، بیقراری ، گرفتگی قفسه سینه ، سر درد ، گرفتگی گلو یا التهاب ، لرزش گوش ، خارش ، کرامپ شکم را ثبت نمایید . یافته های بررسی و شناخت مانند آریتمی ، راش پرست ، کهیر پوست ، خس خس ، کاهش سطح هوشیاری ، بدون پاسخ ، آنژیوادم ، کاهش فشار خون ، نبض سریع و ضعیف و تعریق می باشد .

نام پزشک مطلع شده ، زمان مطلع کردن ، درمان اورژانسی و مراقبت های حمایتی و پاسخ بیمار ثبت شود . اگر آلرژن مشخص گردید آلرژن را در پرونده یادداشت نمایید . دادن دارو ، برنامه ریزی مراقبت پرستاری ، دستور پزشک ، ثبت شود ضمناً در صورت نیاز به مطلع نمودن موسسه یا فرد خاص مانند داروخانه ، تغذیه ، اداره خطرات ، سوپروایزر را ثبت نمایید . ممکن است نیاز شود فرم گزارش آسیب نیز تکمیل گردد .

