

پیام هفته (۱)

نکاتی در خصوص گزارش نویسی

گزارش بدو ورود:

*ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای دارد پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.

- ❖ شرح حال: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مشکلات بالقوه و بالفعل (موجود) و اینکه مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را در بردارد.
- ❖ سابقه بستری، سابقه عمل جراحی و سابقه خانوادگی ثبت شود.
- ❖ نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک ثبت شود.
- ❖ ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی، عینی و حسی بیمار به گونه ای مطلوب گزارش گردد.
- ❖ ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار)، گرافی ها، مشاوره ها، ECG، 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 (برانکار، صندلی چرخدار و غیره)
- ❖ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل
- ❖ ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید GCS-TPR-BP
- ❖ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (انواع کاتتر، سند، لوله تراشه و غیره)
- ❖ ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- ❖ آمادگیهای انجام شده جهت عمل نظیر شیو، انما و غیره
- ❖ در مورد سزارین، ذکر سن حاملگی و علت سزارین، وضعیت جنین، کنترل و ثبت صدای قلب، حرکات جنین و غیره الزامی است.
- ❖ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش ریکاوری:

- ❖ ثبت ساعت ورود به اتاق ریکاوری
- ❖ ثبت نوع عمل جراحی انجام شده
- ❖ ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری، تاریخ شروع و پایان عمل
- ❖ وضعیت عمومی بیمار (استفراغ، خونریزی و ...) با قید ساعت، نام و امضاء پرستار
- ❖ ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه نظیر FC، NGT، لوله تراشه، چست تیوب، وزنه، هموواگ و غیره
- ❖ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست
- ❖ ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته ای که در اتاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت پس از عمل موثر باشد.
- ❖ ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی سریعاً صورت پذیرد.
- ❖ در مورد سزارین، جنس نوزاد، نمره آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

گزارش بعد از عمل:

- ❖ ثبت ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ❖ ثبت نوع عمل انجام شده
- ❖ ثبت وضعیت عمومی با قید علائم حیاتی، سطح هوشیاری، درد و غیره
- ❖ ثبت وضعیت درن ها، تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و پانسمان
- ❖ ثبت علائم حیاتی، برون ده ادراری در ساعت اولیه
- ❖ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- ❖ چارت علائم حیاتی بعد از عمل
- ❖ بعد از تاریخ روز عمل، روزهای بعد از عمل ثبت گردد.
- ❖ در مورد سزارین، ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد، ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ، وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد، مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره
- ❖ در بخش زنان و زایمان، گزارش نوزاد هم بدنال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد.

گزارش ترخیص:

- ❖ کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد.
- ❖ ثبت وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه
- ❖ ثبت آموزش های 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.
- ❖ روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی
- ❖ دادن فرم آموزش به بیمار
- ❖ در مورد بیماری که با رضایت شخصی مرخص میشوند گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- ❖ در مورد بیماری که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند ، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.
- ❖ ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.
- ❖ چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار 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 صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

گزارش فوتی:

- ❖ وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ❖ ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ❖ ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد).
- ❖ در مورد فوت نوزاد جنس، آپیگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ 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 و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

آموزش پرستاری