

تحویل نوبت کاری در پرستاری

- ❖ فرایند تحویل مراقبت بیمار، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسئولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارائه دهندگان مراقبت به تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار از بخش/واحد درمانی به بخش/واحد درمانی دیگر (به منظور استمرار و تداوم مراقبت) می باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.
 - ❖ تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبتهای کاری مختلف مبادله می شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویتهای مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو نوبت کاری در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می گردد.
 - ✓ بعد از شروع فرایند تحویل و حضور بر بالین بیماران، تقسیم بیماران و فعالیتهای توسط سرپرستار/مسئول نوبت کاری بخش به شیوه مراقبت موردی انجام، پرستار مسئول هر بیمار تعیین و در دفتر تقسیم کار نام بیمار، نام پرستار و سطوح مراقبتی ثبت می گردد.
 - ✓ سرپرستار یا مسئول نوبت کاری قبل مسئول هدایت فرایند تحویل است که می بایست در هنگام تحویل بیمار به همراه پرستار مسئول بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یابند و پرستار مسئول هر بیمار خود را معرفی نماید.
 - ✓ در طول فرایند تحویل بیماران، کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحویل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل می باشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.
 - ❖ برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل **ISBAR** و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می شود:
- مشخصات (Identify):** شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران و به همراه داشتن دستبند شناسایی الزامی و اجباری می باشد.

* در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (احتمال خطر سقوط 01-افکار خودکشی 02-تشنج 03-بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری 04-سوء تغذیه 05-ترومبوآمبولی 06-پلی فارمسی 07)مورد استفاده قرار می گیرد.

وضعیت (Situation): ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه و رژیم غذایی، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار

تاریخچه (Background): شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی (بستری و جراحی) و داروهای مصرفی بیمار به اختصار

بررسی (Assessment): ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری

توصیه ها و پیگیری ها (Recommendation): پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام، دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل ها و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات و گرافی ها

❖ جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول کوبان (CUBAN) است در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود :

اصل محرمانگی : Confidentiality: در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد.

توالی و پیوستگی در ارائه گزارش Uninterrupted:

خلاصه بودن گزارش Brife

صحت و دقت اطلاعات Accuracy

✓ به هنگام تحویل بالینی راه وریدی، لوله و اتصالات بیمار از نظر درستی تعبیه و صحت کارکرد بررسی شود.

✓ در طی فرایند تحویل بیمار، کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد باید از ایمن بودن تجهیزات و محیط بیمار از جمله در دسترس بودن وصحت کار کرد(زنگ احضار پرستار، دستگاه ساکشن، اکسیژن، و بقیه

تجهیزات و bed side، راحتی حرکت و دردسترس بودن تجهیزات و ارتفاع تخت اطمینان حاصل نمایند .

✓ اطلاعات مربوط به بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی یا تشخیصی به سایر واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان یا خارج از بیمارستان منتقل شده اند نیز باید به کادر پرستاری نوبت بعد گزارش شود .

✓ در صورت همزمانی اعلام کد احیا با تحویل نوبت کاری، اولویت حضور در تیم احیا است.

✓ به منظور رعایت احتیاطات کنترل عفونت جهت بیماران ایزوله مستقیم یا معکوس و به حداقل رساندن تردد در محوطه ایزوله هنگام تحویل نوبت کاری، ضروری است افراد حاضر در بالین به پرستاران مسئول بیمار در دو نوبت کاری محدود شوند .

✓ به منظور اجرای درست و کامل فرایند تحویل نوبت کاری ضروری است هنگام تحویل نوبت کاری انتقال بیماران از اتاق عمل، بخش ها و سایر واحدها صرفا به موارد اورژانس و حیاتی و با نظر سوپروایزر محدود شود . (شیفت صبح ساعت 13-14 و عصر ساعت 19-20 و شب ساعت 7-8)

✓ در صورت عدم حضور پرستار مسئول بیمار (اعزام / پاس شیر / ماموریت) پرستار جانشین، موظف به تحویل بیمار می باشد . (پرستار مسئول، بیمار را تحویل پرستار دیگر می دهد و حتما در گزارش پرستاری ثبت و ادامه گزارش توسط پرستار تحویل گیرنده نوشته می شود.)

✓ علاوه بر تحویل بیماران در بالین، موارد زیر تحت عنوان اطلاعات کلی بخش توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به مسئول نوبت کاری بعد تحویل می شود .

✚ تحویل ترالی احیا

✚ در صورت نگهداری داروهای مخدر در بخش های مجاز، نوع و تعداد داروها به همراه پوکه داروهای مصرفی توسط سرپرستار/مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل داده شود

✚ کنترل تجهیزات پزشکی ضروری که در مواقع مخاطره حیات بکار می روند نظیر الکتروشوک

✚ کنترل یخچال دارویی بخش بر طبق دستورالعمل های ابلاغی

✚ کنترل داروها و اقلام مصرفی موجود در استوک بخش از نظر تعداد و تاریخ مصرف

✚ تبادل اطلاعات مربوط به کلیه خرابی ها، تأسیسات، تجهیزات، قطعی آب و برق و گاز های طبی و تلفن ، سیستم HIS و غیره لازم الاجرا می باشد.

✚ گزارش حوادث و وقایع خاص

✚ وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری

✚ کنترل نظافت و بهداشت پایه بخش

نحوه ثبت کاردکس

- ✓ موارد ثبت شده در کاردکس خوانا و بدون خط خوردگی باشد و موارد مهم را با خودکار رنگی در کاردکس قید نمایید.
- ✓ مشخصات کامل بیمار شامل : نام نام خانوادگی ، نام پدر، شماره پرونده شماره تخت سن تاریخ پذیرش تاریخ عمل و.... قید شود.
- ✓ درمحل تشخیص ، تشخیص بیماری یا علت بستری قید شود.
- ✓ به جای فاصله زمانی دستورات ، ساعت انجام دستور قید شود.(مثال 6-12-18-24)
- ✓ در هنگام ثبت به ترتیب نوشتن داروها در کاردکس توجه شود:
- ✓ الف - IV.LINE ویا انواع سرم تزریقی (لازم به ذکر است که این قسمت را می توان در آخر داروها نوشت)
- ✓ ب-آپول ها ج-قرص ها د-شربت ها ر-اسپری ها ه-شیاف ها
- و-داروهای PRN ی-داروهای STAT
- ✓ مشخصات کامل دارو ثبت شود شامل: نام دارو- راه استفاده -دوز --تعداد ساعت مصرف- تاریخ شروع دارو- تاریخ تغییر دوز یا قطع دارو نیز در کاردکس نوشته شود
- ✓ در قسمت آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک کلیه تستهای آزمایشگاهی و گرافی ها با ذکر تاریخ و ساعت درخواست و انجام و مراقبتهای پرستاری قبل و حین انجام آن ها نوشته شود .
- ✓ در قسمت مشاوره ها تاریخ و ساعت درخواست ،ساعت اطلاع به پزشک و تاریخ و ساعت انجام مشاوره ها ثبت شود.
- ✓ در قسمت مراقبتهای پرستاری تمام اقدامات تهاجمی که حتماً باید توسط پزشک معالج order شود ثبت گردد: مانند تاریخ سونداژ یا کلمپ یا خارج کردن آن، تاریخ NGT، تاریخ درن و زمان خارج کردن آن و تعویض پانسمن،تاریخ اینتوباسیون و یا تعویض یا خارج کردن آن و.....
- ✓ در قسمت فرآیند پرستاری تشخیص های پرستاری ، تدابیر مراقبتی و ارزیابی نتایج اجرای تدابیر ثبت گردد.

گزارش نویسی در پرستاری

❖ گزارش نویسی صحیح بر اساس معیار PIE (Planning Implementing Evaluation)

- ✓ تشخیص یا علت مراجعه (علت مراجعه از روز بستری ، سن بیمار، تشخیص، ساعت مراجعه، نحوه مراجعه)
- ✓ وضعیت عمومی بیمار بر اساس علائم بالینی (علائم حیاتی ، سطح هوشیاری) یا علائم عینی
- ✓ کنترل IV LINE و ثبت مراقبتهای انجام شده مربوط به آن.
- ✓ ثبت اقدامات انجام شده با قید ساعت انجام آن (کلیه اقداماتی که در طول یک شیفت کاری انجام شده مانند: ساعت اطلاع و انجام مشاوره ، گرافی ، اسکن ، اعمال جراحی و مراقبتهای قبل و بعد از آن ، آزمایشات و.....)
- ✓ ثبت مداخلات پرستاری بر اساس علت مراجعه (**تشخیص پرستاری ناندا**) (شامل : ناحیه زخم، وسعت ، اندازه و ظاهر زخم، وجود ترشحات و مقدار و نوع ترشحات ، مراقبت از زخم و نوع پانسمان، وجود درن، محلول شست و شوی زخم، داروهای استفاده شده و آموزش به بیمار و...)
- ✓ دستورات داروئی بطور دقیق ثبت گردد (با ذکر نام دارو ، دوز ، راه مصرف ، زمان اجرای دارو)
- ✓ در صورت داشتن سوند فولی و NGT و لوله تراشه و تجویز اکسیژن یا دیگر اقدامات تهاجمی، مراقبتهای لازم آن ثبت شود.
- ✓ رژیم غذایی ، نوع ، مقدار ، اشتها (بیان با معیارهای قابل اندازه گیری بطور مثال به اندازه ده قاشق) و میزان تحمل.
- ✓ دهانشویه در صورت NPO بودن و یا در صورت نیاز.
- ✓ وضعیت کارکرد کلیه ها و روده ها (در صورت اسهال ، تعداد دفعات و رنگ و قوام و..... قید شود)
- ✓ کنترل I&O و ثبت مقدار آن در صورت نیاز .
- ✓ شکایت نهائی بیمار و اقدامات انجام شده در رابطه با آن و ارزیابی نهائی اقدامات .
- ✓ ثبت فرآیند آموزش و یادگیری بیمار.
- ✓ ثبت پیگیریهای مورد نیاز شیفت های آتی .

***** توجه :

- گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی و ترجیحاً با خودکار آبی نوشته شود و در صورت اشتباه ، بر روی کلمه یا عبارت به طوری که قابل خواندن باشد خط کشیده و بالای آن کلمه اصلاح شد نوشته شود و مورد اصلاح شده دوباره بصورت صحیح نوشته شود.
- گزارشات پرستاری بطور خوانا و متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها گذاشته نشود.
- در گزارش باید از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد جدا خودداری شود. علائم اختصاری استاندارد نیز باید دقیق هجی شده و به طور صحیح در گزارش مورد استفاده قرار گیرند.
- در گزارش درد باید به موارد زیر توجه کرد: (کیفیت، شدت، دوره، عوامل تشدید کننده، واکنش های بیمار و احتمالاً استفاده از مسکن)
- در هنگام تزریق خون :آگاهی از نتیجه آزمایش خون ، درخواست خون، رعایت ایمنی و شناسایی بیمار در تمام مراحل، نوع و میزان فرآورده خونی ، ثبت علائم حیاتی قبل و حین و اتمام تزریق ، تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون ، ذکر نام دو پرستار، در صورت واکنش نسبت به خون و فرآورده ، ثبت اقدامات و نتایج حاصله (اطلاع به پزشک هموویژولانس و معالج، ارسال آزمایشات و فرآورده خونی به آزمایشگاه-تکمیل برگه عارضه موجود در دفتر پرستاری)
- مواردی که در مانیتورینگ قلب باید یادداشت شوند عبارتند از: تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ قلب - تغییر وضعیت بیمار
- در گزارش اکسیژن درمانی باید موارد زیر ثبت شوند: دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی) زمان و طول مدت، روش و میزان اکسیژن در یافتی، واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی
- مواردی که باید در گاوژ ثبت شوند، عبارتند از: دلایل لوله گذاری معده ، نوع گاوژ، حجم گاوژ ، حجم مایع موجود در معده قبل از گاوژ، رنگ ترشحات برگشتی از معده ، واکنش مددجو و آموزش به خانواده
- پایان گزارش بایک خط مستقیم به گونه ای بسته شود که جایی برای اضافه نمودن نباشد و همچنین در پایان گزارش نام و سمت پرستار مشخص باشد و مهر مشخصات زده شود و امضاء گردد.
- در نوشتن گزارش پرستاری حداقل مکان از کلمات مبهم (مانند خوب ، متوسط ، نرمال و) استفاده نشود.
- دستورات پزشک از هر دو سمت تیک زده شده (از کشیدن بیضی و...دور دستورات پزشک خودداری شود) و در پایان با ثبت تعداد موارد (عدد و حروف) چک و درج ساعت و تاریخ توسط پرستار مسئول

بیمار امضاء و مهر زده شود و پایان دستورات پزشک بایک خط مستقیم به گونه ای بسته شود که جایی برای اضافه کردن دستورات نباشد.

- دستورات تلفنی : توسط دوپرستار شنود گردد (تلفن در حالت بلندگو قرار بگیرد) و پس از ثبت جهت جلوگیری از خطای نوشتاری یا شنوایی دوباره برای پزشک خوانده شود (recall, reorder) و با قید تاریخ و ساعت دقیق توسط هر دو پرستار امضاء گردد و در ظرف 24 ساعت توسط پزشک مربوطه امضاء و تأیید شود.
- مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی می بایست بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی باشد.
- مشاوره های تخصصی اورژانسی می بایست بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ بر بالین بیمار قابل اجرا می باشد.
- اقدامات تشخیصی و درمانی درخواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور جنبه توصیه داشته و تنها پس از موافقت پزشک معالج و ثبت در برگه دستورات پزشک قابلیت اجرا دارد مگر در مواردی که تاخیر در اقدامات تشخیصی و درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی سبب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که در این صورت پزشکان ذیصلاح مقیم/آنکال در این خصوص تصمیم گیری می نمایند. در صورت انجام اقدامات فوری و ضروری توسط سایر اعضا تیم درمانی، نتایج در اولین فرصت به پزشک معالج اطلاع داده شود. اقدامات بعدی توسط پزشک معالج هدایت و انجام شود.

گزارش پذیرش بیمار در بخش

- 1- مشخصات بیمار به همراه تاریخ و ساعت پذیرش و نحوه ورود بیمار (برانکار، ویلچر، با پای خود) و همراه با چه شخصی (پرستار و تیم بیهوشی-پزشک و پرستار با هم و همراه و...) با چه وسایلی (اکسیژن با آمبوبگ و...) علت مراجعه، سرویس بستری، تشخیص احتمالی ثبت گردد.
✓ شکایت اصلی (complain chief): بیان مشکل از زبان بیمار می باشد (با استفاده از کلمات خود بیمار؛ در گیومه)
✓ علت بستری: اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج و یا در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر می باشد مانند انجام بیوپسی
- 2- Present illness اینکه علائم از کی شروع شده و چه عواملی باعث تشدید یا تخفیف آنها میشود.
- 3- ثبت تاریخچه قبلی بیماریهای زمینه ای (مانند سابقه بیماریهای قلبی- عروقی، هیپرتانسیون، آرتروز، سکته مغزی، سرطان، بیماریهای تنفسی، بیماریهای کلیوی، بیماریهای عفونی، بیماریهای گوارشی و کبدی، دیابت، بیماریهای تیروئید، بیماریهای اعصاب و روان و...)
- 4- بررسی مستندات همراه بیمار مانند دستور بستری، دستبند، مدارک پزشکی، سوابق و مشاوره های قبلی و ...
- 5- چک مدارکی که همراه بیمار آورده شده و ثبت موارد مهم در گزارش پرستاری
- 6- ثبت وضعیت هوشیاری، سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار
- 7- ساعت اطلاع به پزشک و چک دستورات ثبت شده و یا ثبت و چک دستورات تلفنی بلافاصله با ذکر ساعت تماس در گزارش
- 8- ثبت کلیه اقدامات و دستورات در کاردکس، کارت دارویی، هماهنگی با واحدهای پاراکلینیک مانند گرافی، اسکن، آزمایش خون و... و ثبت ساعت و نحوه انتقال
- 9- ثبت علائم حیاتی با ذکر تاریخ و ساعت و نام پرستار گیرنده علائم حیاتی و چارت در برگه

10- در صورتی که بیمار برای عمل جراحی بستری می شود اطلاع به اتاق عمل و سایر اقدامات مرتبط با ذکر ساعت و شیفت در گزارش پرستاری ثبت می شود.

11- ثبت وضعیت درن ها و اتصالات مانند FC، IV Line، NGT و... در زمان بستری و اقدامات انجام شده در این زمینه در بدو ورود

12- ثبت وضعیت دیورز، دفع و رژیم غذایی

13- ارائه آموزش به بیمار در بدورود در زمینه معرفی بخش، معرفی پزشک معالج و پرستار و سایر اعضا تیم درمان و ساعت ملاقات، سرو غذا و اهمیت داشتن دستبند شناسایی و احتمال سقوط از تخت، رعایت بهداشت فردی و محیطی

14- ذکر اقدامات انجام شده به ترتیب ساعت در گزارش پرستاری

15- ذکر توصیه های قابل انجام و پیگیری برای شیفت بعدی

16- ذکر اقدامات دارویی با رعایت استاندارد در ستون مربوطه

** لازم به یاد آوری است که بایستی ارزیابی بصورت سیستم به سیستم (سیستم عصبی، سیستم تنفسی، سیستم قلبی-عروقی، سیستم پوستی، سیستم ادراری، سیستم گوارشی و سیستم عضلانی اسکلتی، سیستم روانی-رفتاری) مدنظر قرار گیرد و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

گزارش پرستاری قبل از عمل

- 1- ثبت نوع عمل بیمار، پزشک متخصص و شیفت کاری در سیستم HIS و اطلاع به اتاق عمل
- 2- تکمیل برگه آمادگی قبل از عمل و بررسی مستندات رضایت آگاهانه (ثبت تاریخ و ساعت و مهر و امضا پزشک و پرستار و اثر انگشت بیمار و همراه بیمار در فرم رضایت آگاهانه)
- 3- درج مشخصات بیمار و نوع و موضع عمل و تاریخ عمل
- 4- ذکر تعاملات احتمالی با پزشک معالج بیمار قبل از عمل
- 5- ذکر نتایج مشاوره های انجام شده احتمالی به همراه پیش بینی ریسک در این زمینه توسط پزشکان مشاور در آن و اطلاع این موارد به اتاق عمل
- 6- وضعیت هوشیاری و شرایط ظاهری و خلقی بیمار
- 7- ذکر رژیم غذایی و آمادگی های قبل از عمل مانند NPO و...
- 8- ذکر آمادگی های ارائه شده از قبیل حمام، شیو
- 9- ذکر داروی پروفیلاکسی و مسکن ، سرم و ... تا زمان رفتن به اتاق عمل با ذکر ساعت
- 10- ذکر موارد مرتبط با درخواست خون ، آماده بودن فرآورده، برگه رضایت تزریق خون و فرآورده های خونی
- 11- نظارت در پوشیدن گان ، شلوار ، کلاه و... و اطمینان از وجود دستبند و روشهای شناسایی و ایمنی بیمار و یکسان سازی مستندات و ثبت موارد قابل ذکر در پرونده مانند علامت گذاری عضو و سمت مورد جراحی
- 12- ذکر ساعت انتقال و خروج از بخش و نحوه انتقال به اتاق عمل و پرستار همراه و کلیه مستندات و سوابق مانند گرافی ، سونو، آزمایش و

گزارش پذیرش بیمار در اتاق عمل

- 1- ذکر ساعت ورود به اتاق عمل ، نحوه انتقال به اتاق عمل و پرستار همراه
- 2- بررسی تجهیزات و اتصالات بیمار از جمله سوند فولی، NGTube و.....
- 3- بررسی رضایت آگاهانه
- 4- ثبت وضعیت هوشیاری ،علائم حیاتی در بدو ورود و قبل از عمل
- 5- ثبت امدادی های قبل از عمل از جمله (NPO)بودن بیمار، فاقد دندان مصنوعی و وسایل فلزی، رضایت عمل، داشتن دستبند شناسایی، انجام مشاوره و اقدامات سرپایی، عدم حساسیت دارویی و غذایی، سابقه بستری و جراحی و...)
- 6- ثبت نوع بیهوشی (جنرال، اسپینال) ، نوع پوزیشن
- 7- ثبت پرپ و درپ ناحیه عمل
- 8- ثبت محل پلیت کوتر، تورنیکه و ساکشن، سونداژ ، Chest Tube ، درن ، شمارش گاز قبل و بعد از عمل
- 9- شرح کلیه اقدامات انجام شده در حین عمل
- 10- ساعت پایان عمل و انتقال به ریکاوری و علائم حیاتی

گزارش ریکاوری

- 1- ذکر مشخصات بیمار ، نوع عمل و ساعت و دقیقه خروج از اتاق عمل به ریکاوری
- 2- وضعیت و ساعت هوشیاری و علائم حیاتی و در صورت نیاز به اکسیژن و ساکشن ترشحات و... ثبت شود .
- 3- در صورتی که دستوری از طرف پزشک بیهوشی و یا پزشک معالج برای ریکاوری مانند مسکن و داده شده ثبت شود .
- 4- پالس اکسی متری و مانیتورینگ بیمار
- 5- ذکر درن ها و اتصالات و نوع ترشحات و سرم های متصل و نتایج بررسی پانسمان
- 6- ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند تهوع، استفراغ و و پوزیشن داده شده
- 7- کنترل I&O
- 8- ثبت مواردی مانند عوارض بیهوشی و اقدامات انجام شده
- 9- ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار در صورت هوشیاری بیمار
- 10- پس از کسب تکلیف برای انتقال بیمار از پزشک بیهوشی ثبت ساعت تماس با بخش برای انتقال و کلیه مدارک ، مستندات و پرونده و نمونه پاتولوژی و ذکر ساعت خروج از ریکاوری و نحوه انتقال (ویلچر ، برانکارد، تخت و...) به بخش و پرستار همراه (نام پرستار تحویل گیرنده)

گزارش پرستاری پس از عمل در بخش

- 1- ذکر مشخصات بیمار ، نوع عمل و ساعت و دقیقه خروج از اتاق عمل
- 2- وضعیت هوشیاری و علائم حیاتی
- 3- ذکر درن ها و اتصالات و نوع ترشحات ، نوع و بررسی وضعیت پانسمان و سرم های متصل
- 4- ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع، استفراغ و ... و پوزیشن داده شده
- 5- پس از چک دستور پزشک ثبت دستورات دارویی و سرم درخواستی
- 6- کنترل I&O
- 7- رژیم غذایی و دستورات مرتبط
- 8- وضعیت تحرک ، پوزیشن و توصیه های حرکتی داده شده توسط پزشک
- 9- در صورت مشاهده عوارض بیهوشی و پس از عمل و ذکر مشاهدات و اقدامات انجام شده
- 10- در صورت تماس با دکتر درج ساعت و دستورات ارائه شده (در صورت دادن مسکن ، داروی PRN و یا Stat با ذکر ساعت و دلیل استفاده درج گردد)
- 11- در صورت نیاز به اکسیژن و ساکشن موارد ثبت شود.
- 12- ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار
- 13- ثبت موارد قابل پیگیری در شیفت بعدی

گزارش پرستاری روتین و روزانه

- 1- وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار
- 2- علائم حیاتی ، کنترل I&O و دیورز و دفع ، رژیم غذایی و دستورات مرتبط ، وضعیت تحرک و توصیه های حرکتی داده شده
- 3- وضعیت قلبی (درد قفسه سینه - تنگس نفس - مانیتورینگ ، ریتم قلبی و....) و مداخلات
- 4- وضعیت تنفسی و پوزیشن بیمار (نوع پوزیشن ، روش استفاده از اکسیژن ، در بخش ویژه مد سیستم و مشخصات تعریف شده و تغییرات مد و سایر موارد برای ونتیلاتور)
- 5- ذکر درن ها و اتصالات و نوع ترشحات و سرم های متصل و نتایج بررسی پانسمان
- 6- ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع، استفراغ و.....
- 7- ذکر پیگیری های توصیه شده از شیفت قبل
- 8- ویزیت بیمار و ساعت آن و مشاوره ها و نتایج آن (رویت نوار ، درخواست های پاراکلینیک و دارویی ویزیت بیمار، در صورت دادن مسکن، داروی PRN و یا Stat با ذکر ساعت و دلیل استفاده و ...)
- 9- پس از چک دستور پزشک ثبت دستورات دارویی و سرم درخواستی و ذکر موارد درخواستی
- 10- نتایج حاصل از پیگیری های انجام شده در شیفت (مانند مشاوره ، گرافی ، آزمایش و ...) و ذکر پیگیری های لازم شیفت بعدی
- 11- ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار

گزارش پرستاری زمان ترخیص

- 1- وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار و ذکر پیگیری های توصیه شده از شیفت قبل
- 2- ذکر نتایج بررسی علائم حیاتی ، دیورز و دفع ، رژیم غذایی و....
- 3- وضعیت قلبی و تنفسی و پوزیشن بیمار
- 4- ذکر درن ها و اتصالات و نوع ترشحات و سرم های متصل و نتایج بررسی پانسمان
- 5- ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع، استفراغ و
- 6- ساعت ویزیت بیمار و مشاوره ها و نتایج آن و صدور اجازه ترخیص با تاریخ و ساعت
- 7- وضعیت تحرک و توصیه های حرکتی و مراجعه بعدی داده شده توسط پزشک و نظارت بر تکمیل مستندات مرتبط با ترخیص پرونده (شرح حال ، خلاصه پرونده ، آموزش حین ترخیص و دستورات داروئی و رژیم غذایی با مهر و امضاء پزشک، پرستار و)
- 8- ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار(دستورات دارویی، رژیم غذایی، فعالیت بدنی، خودمراقبتی، مراجعات بعدی و تست های معوقه، علائم هشدار و.....)
- 9- در صورت ترخیص با رضایت شخصی حتما قید گردد "علی رغم توصیه پزشک.... و سوپروایزر.....پرستار...درمورد ادامه درمان در این مرکز با رضایت و آگاهی از عوارض و خطرات احتمالی بیمارستان را ترک کرد.گرفتن اثرانگشت بیمار و همراه بیمار در برگه پذیرش،فرم رضایت شخصی الزامی است.(برگه رضایت تا حد امکان با دستخط خود بیمار یا همراه نوشته شود)

گزارش پرستاری زمان انتقال از بخش ها

- 1- وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار و ذکر پیگیری های توصیه شده از شیفت قبل
- 2- وضعیت قلبی و تنفسی و پوزیشن بیمار
- 3- ساعت ویزیت بیمار و مشاوره ها و نتایج آن و صدور اجازه انتقال (این اصل در مورد بیمارانی که برای آنها کد اعلام شده نیز صدق می کند)
- 4- ذکر ساعت و چگونگی هماهنگی با بخشی که بیمار قرار است به آن منتقل شود.
- 5- در صورتی که بخش مقصد برای انتقال تخت خالی ندارد ذکر تعاملات و نتایج حاصل از بررسی های به عمل آمده با سوپروایزر بیمارستان
- 6- ذکر درن ها و اتصالات و نوع ترشحات و سرم های متصل و نتایج بررسی پانسمان
- 7- ذکر وضعیت عمومی مانند درد، تهوع، استفراغ ، علائم حیاتی ، رژیم غذایی ، وضعیت تحرک ، دیورز و دفع و... بیمار
- 8- ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار
- 9- ذکر چگونگی انتقال بیمار مانند ساعت خروج از بخش مبدا و نحوه انتقال به بخش مقصد (استفاده از برانکارد، ویلچر و ونتیلاتور ، آمبویگ و اکسیژن و.....) پرستار همراه ، توجهات خاص یا دریافت دارو در طول مسیر
- 10- ذکر پیگیری های قابل انجام توسط پرستار بخش مقصد
- 11- نظارت بر تکمیل مستندات مرتبط با انتقال مانند دفترچه پسخوراند و مستندات ، مدارک همراه بیمار جهت انتقال مانند گرافی ، اسکن ، پرونده قبلی و ...

گزارش زمان اعزام، ارجاع به مرکز درمانی دیگر

- 1- وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار و ذکر پیگیری های توصیه شده
- 2- وضعیت قلبی و تنفسی و پوزیشن بیمار
- 3- ساعت ویزیت بیمار و مشاوره ها و نتایج آن و چک دستور پزشک جهت اعزام / ارجاع
- 4- ذکر ساعت و هماهنگی با دفتر پرستاری جهت اعزام بیمار و تحویل برگه های اعزام به سوپروایزر بالینی (مهر و امضاء شده توسط پزشک معالج و مشاور)
- 5- ذکر درن ها و اتصالات و نوع ترشحات و سرم های متصل و نتایج بررسی پانسمان
- 6- ذکر وضعیت عمومی مانند علائم حیاتی ، رژیم غذایی، وضعیت تحرک و دیورز و دفع ، درد و... بیمار
- 7- ذکر چگونگی انتقال بیمار (استفاده از برانکارد، ویلچر ، دستگاه الکتروشوک ، مانیتور ، ونتیلاتور و آمبویگ و اکسیژن و ...)
- 8- نظارت بر تکمیل مستندات مرتبط و مدارک همراه بیمار جهت انتقال مانند گرافی ، اسکن ، آزمایشات و پرونده قبلی و ... و موارد قابل ذکر در گزارش
- 9- ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار و همراه
- 10- ذکر ساعت خروج بیمار از بخش و کادر درمان همراه (پرستار/تکنسین بیوشی/ ماما و...) یا همراه بیمار و سمت ایشان و نوع وسیله نقلیه و مرکز درمانی مقصد و مراقبت های لازم در مسیر از جمله داروهای دریافتی

گزارش عملیات احیا / فوت

- 1- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- 2- زمان اعلام کد 44/99 و شروع احیاء قلبی - ریوی و حضور اعضای تیم احیاء با نام و سمت ایشان
- 3- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- 4- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون در صورت نیاز و تعداد دفعات دفیبریلاسیون و مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار
- 5- لوله گذاری و اکسیژن درمانی
- 6- دارودرمانی (نوع، میزان و زمان دارو و نام تجویز کننده دارو برای بیمار)
- 7- واکنش مردمک ها
- 8- زمان خاتمه عملیات احیا قلبی و ریوی
- 9- نتیجه عملیات: فوت (خارج کردن اتصالات بیمار، پوشاندن کاور و انتقال به سردخانه یا پزشکی قانونی) یا انتقال (بخش ویژه) ، اعزام (مرکز مجهز تر) و ...
- 10- در صورت همراه داشتن کیف و کارت بانکی و زیور آلات و... حتما به انتظامات و سوپر وایزر اطلاع داده شود و در پرونده بیمار ثبت گردد.

گزارش پرستاری نوزاد

- 1- ثبت جنس و نوع زایمان و سن و اپگار، ساعت و نحوه پذیرش (مستقیم و غیر مستقیم)
- 2- ثبت علائم حیاتی نوزاد
- 3- نتایج قابل ذکر حاصل از بررسی و ارزیابی نوزاد (رنگ و وضعیت پوست، مو، ناخن و رفلکس های نوزاد و مراقبت ها)
- 4- گریه نوزاد
- 5- تماس با مادر و هم آغوشی
- 6- نوع و دفعات شیر خوردن نوزاد و قدرت مکیدن و مراقبت های لازم و تحمل شیر و یا استفراغ
- 7- دفع ادرار و مدفوع
- 8- آزمایش های لازم مانند گروه خونی، بیلی روبین، B/S, Ca و.....
- 9- ساعت انجام ویزیت و بررسی دستورات
- 10- ثبت اقدامات درخواستی در ویزیت
- 11- در صورتی که نوزاد فوتو تراپی می شود ذکر اقدامات و آزمایشات و پیگیری ها و مراقبت داخل فوتو مانند بستن چشم ها و پوشش ژنیتال، تعداد و دفعات تغذیه با شیر مادر ، دفع ادرار و مدفوع نوزاد
- 12- در صورتی که نوزاد در انکوباتور است مراقبتهای نوزاد داخل انکوباتور مانند اکسیژن دریافتی، درجه حرارت و...)
- 13- در صورت انفوزیون سرم یا فراورده های خونی نتایج به درستی ثبت شود.
- 14- آموزش به مادر و همراهان (شیردهی و علائم خطر و.....)
- 15- حتما قید شود که نوزاد تحویل چه شخصی داده شده است.

گزارش نوزاد پس از تولد (عامل نوزاد)

- 1- ثبت شرح حال (سن، GP، سن حاملگی و نوع زایمان قبلی، تشخیص و TV، زمان و نحوه مراجعه) و سابقه بیماری زمینه ای و دارویی مادر
- 2- ذکر گروه خون مادر و در صورت منفی به تزریق/عدم تزریق رگام اشاره گردد.
- 3- ثبت موارد قابل توجه در سونوگرافی (ناهنجاری- IUGR-SGA, LGA و...)
- 4- ثبت داروها (دوز-زمان) در سیر زایمان و قبل از انتقال به اتاق عمل (بتامتازون-سولفات منیزیم-هیدرالازین-پتدین و...)
- 5- در صورت نوزاد پره ترم یا پرخطر اطلاع به پزشک مقیم نوزادان، NICU، سوپروایزر و آماده نمودن وسایل احیاء (روشن گرم کننده تابشی-لوله تراشه-لارنگوسکوپ-آمبوبگ و...)
- 6- ذکر نوع و ساعت، عامل زایمان و اپگار نوزاد و ثبت مواردی از جمله بندناف دور گردن یا اعضا، کوتاهی یا بلندی یا...)
- 7- در صورت اعلام کد 44 (ساعت اعلام، ساعت حضور اعضا، اقدامات انجام شده توسط هر فرد بر اساس الگوریتم و سرانجام نوزاد) ذکر میگردد.
- 8- ثبت زمان و مدت تماس پوست به پوست نوزاد بعد از تولد
- 9- ثبت ساعت شروع شیردهی و مدت زمان شیردهی
- 10- ثبت ارسال آزمایشات (ABG-B/S و نمونه بندناف)
- 11- ثبت علائم حیاتی نوزاد و رفلکس مورو
- 12- ثبت ادمیت نوزاد (وزن، قد، دور سر و تزریق ویتامین K، بررسی باز بودن آنوس)
- 13- ثبت آموزش های داده شده به مادر (فواید تماس پوست به پوست، اهمیت شیردهی و پوزیشن ها شیردهی و بهداشت عمومی نوزاد و..)
- 14- ساعت انتقال بخش/ NICU و نحوه انتقال و پرستار/عامل نوزاد و پیگیری آزمایشات و...

گزارش مامایی زایمان در بلوک زایمان

- 1- ثبت اقدامات انجام شده در سیر لیبر
- 2- ثبت داروهای دریافتی (دوز-زمان-راه تزریق)
- 3- ثبت روشهای کاهش درد دارویی و غیر دارویی
- 4- ثبت ساعت انجام NST, TOCO و اقدامات انجام شده (مشاوره و ارسال آزمایشات و...)
- 5- ذکر نوع و ساعت ، عامل زایمان و اپگار نوزاد و ثبت مواردی (از جمله بندناف دور گردن یا اعضا ، کوتاهی یا بلندی یا...) ساعت خروج جفت و پرده ها (کامل، کوراژ)
- 6- ثبت زمان و مدت تماس پوست به پوست نوزاد بعد از تولد
- 7- ثبت ارسال آزمایشات (ABG-B/S) و نمونه بندناف و جفت جهت پاتولوژی (
- 8- ثبت وضعیت مادر نظر از لسراسیون یا اپی زیاتومی و درج نام پزشک /مامای ترمیم کننده
- 9- ثبت ماساژ رحمی و کنترل خونریزی
- 10- در صورت اعلام کد 44 (ساعت اعلام، ساعت حضور اعضا، اقدامات انجام شده توسط هر فرد بر اساس الگوریتم، نتایج اقدامات و سرانجام نوزاد) ذکر گردد.
- 11- ثبت علائم حیاتی و دفع ادرار
- 12- ثبت ساعت شروع شیردهی و مدت زمان شیردهی
- 13- ثبت آموزش به مادر و همراه (بهداشت فردی، علائم خطر، تغذیه و شیردهی و...)
- 14- بررسی از نظر هماتوم و TV, TR
- 15- اطلاع و آمادگی به بخش های مرتبط در صورت نیاز (اتاق عمل -NICU- جراحی زنان)
- 16- ثبت ساعت و نحوه انتقال و علائم حیاتی ، وضعیت رحم و خونریزی حین انتقال و مامای همراه
- 17- پیگیری آزمایشات و سونوگرافی و مشاوره و....

گزارش پرستاری Post Partum

1-ثبت رژیم غذایی

2-وضعیت تحرک

3-ثبت دارو(دوز ، زمان، راه مصرف)

4-ماساژ رحمی و بررسی خونریزی ، بررسی محل پانسمان از نظر ترشحات

5-بررسی Out Put در صورت سونداژ

6-بررسی از نظر هماتوم و TR،TR

7-آموزش شیردهی ، بهداشت فردی ،علائم خطر

8-وضعیت روحی و روانی بیمار(نوع پذیرش یا نپذیرفتن نوزاد)

منابع

- 1-عباسی، مهري. گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. تهران: نشر سالم، 1379.
- 2-رسول زاده، نسرین. تقوی لاریجانی، ترانه. ثبت گزارش پرستاری. تهران: نشر دریچه، 1383
- 3-پرویز، نوروز. ثبت و گزارش نویسی در پرستاری. تهران، انتشارات فراغی 1381
- 4-ایازی، زهرا. خسروی، نسرین. قانون و گزارش پرستاری، تهران، انتشارات حیدری 1390
- 5- شهرکی واحد، عزیز. حقیقی، مهدی. آوازه، آذر. اصول گزارش نویسی برای پرستاران، تهران، انتشارات جامعه نگر 1392