

« الگوی پیشنهادی ساختار گزارش نویسی »

۱ - شرح حال مختصر بیمار :

بیمار آقا / خانم [نام بیمار] ، [سن] ساله ، با تشخیص اولیه [تشخیص پزشکی] در بخش [نام بخش] و تحت نظر دکتر [نام پزشک معالج] از تاریخ [تاریخ بستری] بستری می باشد .

۲ - ارزیابی وضعیت بیمار :

آگاهی و هوشیاری : [هوشیار / غیر هوشیار ، تغییرات در سطح آگاهی]
وضعیت جسمانی : [وضعیت تنفس ، نبض ، دما ، فشار خون ، درد ، حرکت و ...]
وضعیت روانی : [اضطراب ، خلق پایین ، نرمال و ...]

۳ - ارزیابی سیستم های بدن :

تنفسی : [وضعیت تنفس ، اکسیژن تراپی ، سرفه و ...]
گوارشی : [اشتها ، تهوع ، استفراغ ، اجابت مزاج و ...]
قلبی و عروقی : [ریتم قلب ، درد قفسه سینه ، تورم اندام ها]
ادراری : [دفع ، سوند ، تغییر رنگ یا بو]
عضلانی و اسکلتی : [قدرت حرکت ، همکاری ، تعادل]
پوست و زخم : [وضعیت پانسمان ، زخم فشاری ، قرمزی و ...]

۴ - فرآیند پرستاری :

➤ تشخیص پرستاری :

تشخیص ۱ : [...] تشخیص ۲ : [...] تشخیص ۳ : [...]

➤ اقدامات پرستاری :

اقدام ۱ : [...] اقدام ۲ : [...] اقدام ۳ : [...]

➤ ارزیابی پاسخ بیمار به اقدامات :

(پاسخ به دارو ، کاهش درد ، بهبود علائم ، وضعیت تنفس و ...)

۵ - برنامه ریزی آینده :

(تست های تشخیصی ، مشاوره ها ، ارجاعات ، آموزش به بیمار و خانواده)

۶ - مشکلات و نگرانی ها :

(بی قراری ، عدم همکاری ، شکایت از درد ، کاهش سطح هوشیاری و ...)

۷ - گزارشات و ارجاعات :

(تماس با پزشک ، مشاوره تخصصی ، ثبت دستورات جدید)

۸ - اقدامات انجام شده در طول شیفت :

- | | |
|---|---|
| (a) تماس با پزشک در ساعت [...] | (b) اجرای دارو ها طبق برنامه |
| (c) انجام نمونه گیری و ارسال به آزمایشگاه | (d) انتقال بیمار برای سونوگرافی / CT / رادیوگرافی |
| (e) ثبت کلیه اقدامات در پرونده | (f) هماهنگی با بخش های پاراکلینیکی |

۹ - پروسیجر های انجام شده در طول شیفت :

تعویض پانسمان در ناحیه [...]
قرار دادن کاتتر ادراری / رگ گیری
انجام ساکشن / NG / کشیدن درن
ثبت و پیگیری علائم پس از انجام اقدامات

۱۰ - تحویل بیمار به شیفت بعد :

بیمار با وضعیت [پایدار / ناپایدار] ، با علائم حیاتی [نرمال / تحت کنترل] ، به پرستار شیفت [صبح / عصر / شب] تحویل داده شد .
موارد قابل پیگیری : [مثلاً : ادامه اکسیژن ، بررسی جواب آزمایش ، وضعیت زخم ، پایش درد ، مراقبت از سوند و ...]
بیمار در زمان تحویل : [هوشیار ، در تخت ، بدون شکایت حاد ، دارای سرم وصل ، تحت مانیتورینگ]

۱۱ - برنامه ترخیص :

برنامه ریزی برای ترخیص از تاریخ [...] آغاز شده است .
آموزش های لازم به بیمار / همراه در خصوص مراقبت در منزل ، رژیم دارویی ، تغذیه ، پیگیری های بعدی و زمان مراجعه بعدی ارائه شده است .
همه‌هنگی های لازم با پزشک معالج و واحد ترخیص انجام شده است .
نسخه دارویی و مشاوره های لازم در اختیار بیمار قرار گرفت .
وضعیت بیمار در زمان ترخیص : [هوشیار ، بدون درد ، علائم حیاتی پایدار ، بدون نیاز به اکسیژن و ...]

۱۲ - گزارش فوت :

بیمار در تاریخ [...] ساعت [...] با وجود اقدامات درمانی و احیای پیشرفته ، به علت [علت فوت احتمالی] فوت نمود .
علائم حیاتی متوقف شده و مرگ توسط پزشک معالج در ساعت [...] تایید شد .
خانواده بیمار مطلع و رضایت نامه مربوطه اخذ شد .
جسد طبق پروتکل های بیمارستان به سردخانه منتقل گردید .
کلیه مدارک و مستندات در پرونده ثبت شد .
گزارش نهایی به مدیریت بخش و پزشکی قانونی (در صورت نیاز) ارسال گردید .

۱۳ - گزارش پذیرش بیمار :

بیمار آقا / خانم [...] ، [...] ساله ، در تاریخ [...] ساعت [...] با تشخیص اولیه [...] در بخش [...] پذیرش شد . بیمار در زمان پذیرش از نظر سطح هوشیاری [...] و از نظر وضعیت عمومی [...] می باشد . علائم حیاتی شامل [...] ثبت گردید . وضعیت تنفسی [...] و میزان درد [...] گزارش شد .
وضعیت روانی بیمار [...] می باشد . اقدامات اولیه شامل [...] انجام شد . لاین ها و وسایل متصل به بیمار شامل [...] بررسی و ثبت گردید . همه‌هنگی با پزشک معالج [...] انجام شد . بیمار جهت ادامه مراقبت در بخش [...] مستقر گردید .

۱۴ - گزارش قبل از عمل جراحی :

بیمار آقا / خانم [...] کاندید عمل جراحی [...] می باشد . وضعیت عمومی بیمار قبل از عمل [...] گزارش شد . سطح هوشیاری [...] و علائم حیاتی [...] می باشد . ناشتایی بیمار [...] است . اقدامات آمادگی قبل از عمل شامل [...] انجام شد . رضایت نامه جراحی [...] لاین ها ، سوند ها و وسایل متصل به بیمار [...] آموزش های لازم قبل از عمل به بیمار / همراه [...] داده شد . بیمار در ساعت [...] با وضعیت [...] جهت انجام عمل جراحی به اتاق عمل اعزام و تحویل گردید .

۱۵ - گزارش بعد از عمل جراحی :

بیمار آقا / خانم [...] در تاریخ [...] ساعت [...] پس از انجام عمل جراحی [...] از اتاق عمل به بخش منتقل شد . سطح هوشیاری بیمار پس از عمل [...] می باشد . علائم حیاتی [...] و وضعیت تنفسی [...] گزارش گردید . میزان درد بیمار [...] بوده و اقدامات کنترلی [...] انجام شد . محل عمل و پانسمان بررسی شد ، وضعیت پانسمان [...] می باشد . درن ها ، سوند و لاین ها [...] دستورات پزشک پس از عمل [...] پاسخ بیمار به مراقبت ها [...] می باشد . در صورت مشاهده مورد غیرطبیعی [...] ، موضوع به پزشک اطلاع داده شد .

۱۶ - گزارش انتقال بیمار :

بیمار آقا / خانم [...] در تاریخ [...] ساعت [...] به علت [...] از بخش [...] به بخش [...] منتقل شد . وضعیت عمومی بیمار در زمان انتقال [...] گزارش گردید . علائم حیاتی قبل از انتقال [...] می باشد . اقدامات لازم قبل از انتقال شامل [...] انجام شد . لاین ها ، سوند ها و وسایل متصل به بیمار [...] . پرونده و مدارک بیمار [...] . بیمار با وضعیت [...] در ساعت [...] به پرستار / بخش مقصد تحویل داده شد .