

دستورالعمل ثبت و مستندات پرستاری 1405

الف) گزارش نویسی

- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از خودکار آبی یا مشکی استفاده می شود.
- ۲- گزارش پرستاری سیستماتیک بوده و بر اساس قالب گزارش سازماندهی شده نوشته می شود.
- ۳- گزارش پرستاری کامل، خوانا و مرتب نوشته می شود.
- ۴- مشخصات و شماره پرونده بیمار در بالای تمامی اوراق گزارش پرستاری بطور کامل درج می گردد.
- ۵- تاریخ و ساعت شیفت در ابتدای هر گزارش نوشته می شود.
- ۶- ساعت ثبت در گزارش پرستاری به صورت ۱ تا ۲۴ می باشد.
- ۷- گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته می شود.
- ۸- در ثبت گزارش از اختصارات استاندارد و بین المللی استفاده می شود.
- ۹- در ثبت گزارش از کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، فرقی نکرده، نسبتاً خوب، متوسط، کافی و...) استفاده نمی شود.
- ۱۰- گزارش پرستاری به صورت پیوسته نگاشته شده و فضاهای خالی در بین جملات وجود ندارد و یا با یک خط ممتد پر می شود.
- ۱۱- روی کلمات اشتباه در گزارش، لاک گرفته نمی شود.
- ۱۲- اگر مورد اشتباهی در گزارش ثبت شده است، برروی آن خط ساده ای کشیده می شود (به طوری که خوانا باشد) و کلمه "اصلاح شد" را در بالای آن نوشته و در انتهای گزارش تعداد موارد قلم خوردگی، با حروف ذکر شده و امضاء می شود.
- ۱۳- در صورت طولانی بودن گزارش، پرستار در انتهای صفحه عبارت "ادامه دارد" را نوشته و امضاء کرده، سپس وارد صفحه بعدی می شود.
- ۱۴- براساس ارزیابی بیمار در ابتدای شیفت، نمره مورس و برادن و سطح مراقبتی بیمار در هر شیفت، در گزارش پرستاری ثبت می شود.
- ۱۵- وضعیت هوشیاری، تعداد و ریتم ضربان قلب، فشار خون، تعداد و الگوی تنفس بیمار، میزان spo2 در صورت انجام پالس اکسیمتری، رنگ و دمای پوست و میزان درد و ... بیمار در مرور عملکرد سیستمهای حیاتی بدن در هر سیستم به دقت ثبت می شود.
- ۱۶- موارد غیر طبیعی در وضعیت بالینی بیمار، همچنین موارد غیر طبیعی در آزمایشات پاراکلینیکی و همچنین در صورت مشاهده عوارض جانبی داروها و...، ضمن اطلاع به پزشک مربوطه، ساعت و تاریخ دقیق و نام پزشک در گزارش ثبت می شود.
- ۱۷- در صورت عدم اجرای برخی از دستورات دارویی یا درمانی پزشکان، باید به پزشک مربوطه اطلاع داده شود و دستورات اجرا نشده با ذکر علت و نام پزشک، به طور دقیق در گزارش پرستاری ثبت می شود.
- ۱۸- کلیه داروهایی که بیمار دریافت می کند، باید در گزارش پرستاری نوشته شود. اگر بیمار دارو دریافت نمی کند در محل ثبت داروها عبارت "No drug" / دارو ندارد "قید می شود.
- ۱۹- در مورد داروها نام دارو، شکل دارو (آمپول، قرص و...)، دوز یا واحد دارو، راه تجویز دارو و ساعت دقیق دادن دارو در گزارش ثبت می شود.

۲۰- در مورد داروهای پرخطر مثل دیگوکسین، کلرور پتاسیم و... بر اساس دستورالعمل اعتبار بخشی، ضمن نوشتن نحوه محاسبه دارویی در گزارش، این موارد با یک پرستار دیگر نیز بررسی شده و با ذکر داروی مورد نظر به امضای هر دو نفر می رسد.

۲۱- جهت نوشتن نام داروهای مخدر در گزارش پرستاری از حروف بزرگ استفاده می گردد. مثال: PETHEDINE

۲۲- جهت ثبت داروهای مشابه در گزارش پرستاری از روش TALL MAN LETTERING استفاده می گردد. (حروف غیر مشابه دو دارو با حروف بزرگ نوشته می شوند تا جلب توجه نمایند. DOPamine و DOBUTamine)

۲۳- اقدامات مهمی که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند، در گزارش ثبت می شود.

۲۴- تاریخ و ساعت آزمایشات و سایر موارد پاراکلینیک و همچنین تاریخ و ساعت اطلاع و انجام مشاوره های ارسالی و ویزیت های خواسته شده، در گزارش ثبت می شود.

۲۵- در موارد اورژانسی که دستورات تلفنی و شفاهی دریافت می شود، نام و سمت پزشک و تاریخ و ساعت دستورات و نام پرستار شاهد ثبت می شود.

۲۶- بلافاصله پس از وقوع حادثه برای بیمار، زمان اطلاع به پزشک، نام پزشک و مسوؤل شیفت و یا سوپروایزر و شرح حادثه اقدامات انجام شده در گزارش ثبت می شود.

۲۷- اتصالات در هر سیستم از جمله کاتترها، شالدون، چست تیوب، نفروستومی، درن و... و محل آنها در قالب گزارش سیستماتیک در گزارش ثبت می شود.

۲۸- آموزش های ارائه شده به بیمار با ذکر اثربخشی در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت می شود.

۲۹- در صورت دریافت مایعات و ریدی میزان دریافت آنها از آغاز تا انتهای شیفت در قسمت ثبت داروها ثبت می شود.

۳۰- در موارد گزارش بدو ورود، بر اساس فرم ارزیابی اولیه، تمامی نکات مهم و ضروری (ساعت ورود، نحوه انتقال به بخش، سوابق پزشکی و دارویی، سابقه حساسیت، وسایل کمک حرکتی، نمره مورس و برادن و...) در گزارش پرستاری ثبت می شود.

۳۱- در صورت انجام مهار فیزیکی با دستور پزشک، زمان شروع و خاتمه، عضو مهار شده، کنترل عصبی - عروقی عضو مهار شده و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری ثبت می شود.

۳۲- برنامه مراقبتی در هر شیفت با توجه به تشخیص های پرستاری برنامه ریزی و بعد از انجام، با ذکر اثربخشی در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

۳۳- مهر و امضای پرستار در انتهای گزارش پرستاری ثبت می گردد.

۳۴- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شده و فضای خالی در زیر آنها وجود ندارد.

۳۵- در مواردی که قرار است بیمار با دستور پزشک، ترخیص یا به بخش دیگری منتقل شود رعایت موارد ذیل

الزامی می باشد؛

زمانی که پرونده به واحد ترخیص / پذیرش فرستاده می شود، پرستار آخرین وضعیت بیمار (وضعیت هوشیاری، وضعیت تنفسی، علائم حیاتی و...)، تمامی نکات مهم و ضروری و همچنین ساعت خروج پرونده از بخش را در گزارش پرستاری ثبت می نماید و گزارش پرستاری را می بندد و مهر و امضا می نماید. در زمان خروج بیمار از بخش، اگر تغییری در وضعیت بیمار ایجاد شده باشد، این تغییر و آخرین وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت می گردد و در صورت عدم بروز تغییر در وضعیت بیمار، فقط ساعت خروج بیمار از بخش در گزارش پرستاری ثبت می گردد. همچنین اگر بیمار به هر دلیلی منتقل / ترخیص نشد در گزارش پرستاری قید می گردد.

۳۶ - کلیه مسئولیت های مراقبتی بیمار در طول شیفت بر عهده پرستار مسئول بیمار می باشد و در زمان انتقال مراقبت از یک پرستار به پرستار دیگر (پرستار معین)، مسئولیت های مراقبتی بیمار بر عهده پرستار تحویل گیرنده می باشد.

ب) چک دستورات پزشک

- ۱- هر ۲ طرف دستورات با خودکار آبی یا مشکی (رنگ خودکار مخالف رنگ خودکار پزشک باشد) بسته می شود.
- ۲- در صورت وجود فضای خالی انتهای دستورات با یک خط ممتد بسته می شود.
- ۳- دستورات پزشک از پایین به بالا شماره گذاری می شود .
- ۴- پس از بستن انتهای دستورات پزشک، تعداد موارد به حروف و کلمه "بدون قلم خوردگی" ذکر می شود.
- ۵- در صورتی که بعضی از دستورات قلم خوردگی دارد یا کلمه اشتباه توسط پزشک روی آن نوشته شده است در انتهای چک دستورات، تعداد موارد قلم خوردگی با حروف ذکر و به مورد قلم خوردگی اشاره می شود.
- ۶- پرستار به وجود تاریخ و ساعت دقیق درابتدای دستورات، مهر و امضاء پزشک در انتهای دستورات توجه می نماید و در صورت عدم وجود یا صحیح نبودن تاریخ و ساعت، به پزشک مربوطه جهت اصلاح موارد اطلاع می دهد و در صورت عدم مراجعه پزشک جهت اصلاح، پرستار دوم بعنوان شاهد عدم ثبت صحیح تاریخ و ساعت را تایید می نماید.
- ۷- در صورت وجود دستور اشتباه یا مبهم بودن دستورات، مثل دوز برخی از داروها موارد فوق به پزشک مربوطه اعلام می گردد.
- ۸- در انتهای دستورات، مهر و امضاء پرستار، تاریخ و ساعت دقیق (۲۴ ساعته) چک دستورات ذکر می شود.
- ۹- در صورتی که پزشک دستور تجویز داروهای پرخطر داده باشد، دو پرستار آن را چک کرده و پرستار دوم نیز مورد کنترل شده را با ذکر نام داروی پرخطر در زیر دستور پزشک ثبت و مهر و امضا می کند.
- ۱۰- در صورت انجام مشاوره، دستورات ثبت شده در برگه مشاوره تنها در صورت Re order توسط پزشک معالج قابلیت اجرا دارد.
- ۱۱- در صورت انجام مشاوره پرستار ضمن اطلاع به پزشک، انتهای مشاوره را بسته و زمان اطلاع و نام پزشک را ثبت و سپس مهر و امضاء می نماید. در صورت وجود دستورات در مشاوره؛ پرستار ضمن چک دستورات، تعداد آن در انتهای مشاوره ثبت می نماید.

ج) کاردکسی نویسی

- ۱- مشخصات بیمار (نام و نام خانوادگی، سن، تشخیص، سرویس معالج، شماره پرونده، تاریخ و ساعت ورود و...) به طور کامل در قسمت مربوطه ثبت می شود.
- ۲- کلیه موارد با خودکار آبی/ مشکی ثبت می گردد.
- ۳- کلیه موارد (کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی پرستاری یا پزشکی و...) با ذکر دقیق تاریخ و ساعت انجام، و ثبت می شود.
- ۴- کلیه موارد به صورت دقیق و خوانا و بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی ثبت می گردد.
- ۵- در صورت تغییر در وضعیت بیمار، تغییرات امتیاز برادن و مورش در کاردکس درج می گردد.
- ۶- کلیه داروها با ذکر تاریخ شروع، نام و شکل دارو، دوز، راه مصرف و ساعت مصرف دارو ثبت می شود. (دوز داروها باید بصورت صحیح ثبت می شود، مانند: (mg, gr, unit, Mcg/kg/min ,))

- ۷- جهت نوشتن نام داروهای مخدر در کاردکس از حروف بزرگ استفاده می گردد. مثال: PETHEDINE
- ۸- جهت نوشتن نام داروهای مشابه در کاردکس از روش Tall Man Lettering استفاده می گردد. (حروف غیر مشابه دو دارو با حروف بزرگ نوشته می شوند تا جلب توجه نمایند. DOPamine و DOBUTamine)
- ۹- ساعت شروع اولین دوز داروها با کشیدن دایره دور آن مشخص می گردد.
- ۱۰- کلیه مایعات وریدی و انفوزیون ها با ذکر دقیق نوع و حجم مایع، نوع و دوز دارو و یا الکترولیت افزودنی، تاریخ و ساعت، ثبت می شود.
- ۱۱- ساعت کاردکس بصورت ۲۴ ساعته ذکر می شود. (۱ تا ۲۴)
- ۱۲- قطع دارو با کشیدن خط قرمز و ثبت تاریخ و ساعت DC در قسمت مربوطه مشخص می شود.
- ۱۳- تاریخچه پزشکی و نکات مهم بیماری فرد در قسمت مربوط به خود ثبت می گردد.
- ۱۴- دستورات ویژه دارویی شامل پروتکل انسولین، پالس تراپی، داروهای شیمی درمانی و ... در قسمت مربوط به خود ثبت می شود.
- ۱۵- در صورت انجام آزمایشات و پاتولوژی، تاریخ و ساعت درخواست و انجام آن در قسمت مربوط به خود ثبت می گردد.
- ۱۶- در صورت انجام کشت، نوع کشت و تاریخ انجام و تاریخ دریافت جواب در کاردکس ثبت می شود.
- ۱۷- در صورت انجام اقدامات پاراکلینیک، نوع اقدام و تاریخ و ساعت درخواست و انجام در قسمت مربوطه ثبت می شود. پس از حصول اطمینان از دریافت نتایج کلیه اقدامات پاراکلینیکی (نتیجه آزمایشات، گرافی ها، سی تی اسکن و ...) هریک از موارد با علامت تیک و با رنگ قرمز مشخص می گردد.
- ۱۸- در صورت دریافت خون و فراورده های خونی، تاریخ و ساعت دریافت و نوع فراورده و در صورت بروز واکنش، نوع واکنش احتمالی ثبت می شود.
- ۱۹- نوع مشاوره ها، تاریخ و ساعت درخواست، انجام و اولویت آن (اورژانس/غیراورژانس) در قسمت مربوط به خود ثبت می شود.
- ۲۰- بر اساس فرم ارزیابی اولیه بیمار و فهرست مشکلات و تشخیص های پرستاری برنامه مراقبتی مناسب با شرایط بالینی بیمار در کاردکس ثبت می شود.
- ۲۱- تاریخ و ساعت رفت و برگشت بیمار به OR ثبت می شود.
- ۲۲- نوع، تاریخ شروع و تاریخ تعویض / DC اتصالات بیمار در قسمت مربوط به خود ثبت می شود.
- ۲۳- در صورت تعویض کاردکس، تاریخ تعویض و نام پرستار مسئول و شماره کاردکس در محل مخصوص ثبت می گردد. تا زمان ترخیص بیمار، کلیه کاردکس ها در پرونده بایگانی می گردد. عبارت "کاردکس تعویض شد" با ذکر تاریخ در کاردکس قدیمی ثبت می شود.