



گزارش نویسی پرستاری

و

اصول مستند سازی بالینی

با نظرات:

دکتر لیلا جویباری (دانشیار، نشانی علوم پزشکی گلستان)

دکتر سکینه بیگم کاظمی (رئیس دفتر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان)

مؤلفین:

احمد نورالدینی

دانشجوی دکترای پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده

نوشین هادیانی

کارشناس پرستاری و مدیر خدمات پرستاری بیمارستان برزویه گنبد کاووس

کبری اعتمادی

سوپروایزر بالینی بیمارستان برزویه گنبد کاووس و مسئول مرکز پیام شرق استان گلستان

عنوان و نام پدیدآور	گزارش نویسی پرستاری و اصول مستندسازی بالینی / مولفین احمد نورالدینی، نوشین هادیانی، کبری اعتمادی؛ با نظارت لیلا جویباری، سکینه بیگم کاظمی
مشخصات نشر	تهران : نشر حیدری، ۱۳۹۸
مشخصات ظاهری	۹۷ ص
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۴۸۹-۳۵۳-۴
فهرست نویسی	فیبا
موضوع	نگارش علمی و فنی - پرستاری Technical writing - Nursing مدارک پرستاری Nursing records شرح حال گیری پزشکی Medical history taking
سرشناسه	نورالدینی، احمد، ۱۳۶۸ -
شناسه افزوده	هادیانی، نوشین، ۱۳۳۸ اعتمادی، کبری، ۱۳۴۹ - جویباری، لیلامهستی، ۱۳۴۵
رده بندی کرحه	R11
رده بندی دیویی	۸۰۸/۰۶۶۶
کتابشناسی ملی	۶۴ ۵۹۱



گزارش نویسی پرستاری و اصول مستند سازی بالینی
مولفین: احمد، الدینی - نوشین هادیانی - کبری اعتمادی

مدیر اجرایی: سیده مریم حیدری

چاپ اول - ۱۳۹۸

چاپ و صحافی: حرا

شمارگان: ۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۸۹-۳۵۳-۴

بهاء: ۳۵,۰۰۰ تومان

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کس به نام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر)، منتشر یا پخش کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مراکز پخش

- دفتر مرکزی:** خیابان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهدای ژاندارمری غربی، روبروی اداره پست، پلاک ۱۲۴، طبقه اول، واحد ۲ - تلفن: ۶۶۹۷۶۴۹۹-۶۶۹۷۶۶۷۸
- فروشگاه ۱:** خیابان انقلاب، روبروی دانشگاه، پاساژ فروزنده، طبقه همکف، پلاک ۳۲۳ - تلفن: ۶۶۴۹۹۲۱۴-۶۶۴۹۹۲۷۸۶
- فروشگاه ۲:** خیابان انقلاب، روبروی دانشگاه، پاساژ فروزنده، طبقه همکف، پلاک ۳۰۸ - تلفن: ۶۶۴۷۸۹۳۷-۶۶۹۵۷۵۹۴
- فروشگاه ۳:** قلهک، خیابان زرگنده، دانشگاه آزاد اسلامی، کتابفروشی دانشگاه - تلفن: ۲۲۶۲۲۶۰۵
- فروشگاه ۴:** اراک، میدان سرداران، جنب بیمارستان ولی عصر مجتمع پارس، فروشگاه کتاب ونوس - تلفن: ۲۲۴۶۳۵۷-۰۸۶۳
- فروشگاه ۵:** بجنورد، خیابان ۱۷ شهریور جنوبی، نبش کوچه پرتانی، پلاک ۳۱۳، فروشگاه نشر حیدری، تلفن: ۵۸-۲۲۲۶۳۵۵۸
- فروشگاه ۶:** خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی کمالوند، فروشگاه نشر حیدری، تلفن: ۲۲۳۴۸۸۳-۰۸۶۳
- و کتابفروشی‌های معتبر سراسر کشور

خداوند یکتا را شکر گزارم که مجموعه حاضر پس از تلاش فراوان تدوین و نگارش یافت. امیدوارم این کتاب بتواند در جهت ارتقاء سطح مهارت گزارش نویسی و مستند سازی تیم درمان بخصوص پرستاران زحمتکش کمک کننده باشد. نظرات و پیشنهادات سازنده شما خواننده عزیز می تواند در بهبود کیفیت نگارش کتاب و ویرایش های آتی ما را یاری نماید. ضمناً از اساتید محترم سرکار خانم دکتر لیلا جویباری، خانم دکتر سکیه بیگم کرمی، خانم نوشین هادیانی و خانم کبری اعتمادی که در تدوین و نگارش مجموعه حاضر کمال همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می نمایم.

احمد نورالدینی

فهرست مطالب:

۱	.....	مقدمه
۳	.....	فصل اول - تعاریف گزارش نویسی
۵	.....	اهداف گزارش نویسی:
۷	.....	فصل دوم - روش های گزارش نویسی
۷	.....	گزارش نویسی به روش مستقیم بیمارستانی
۷	.....	گزارش نویسی به روش SCAP
۱۰	.....	گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار (P. O. M. R)
۱۰	.....	اصول ثبت الگوی (P. O. M. R)
۱۱	.....	گزارش نویسی به روش گام به گام
۱۱	.....	گزارش ترخیص
۱۲	.....	گزارش فوت
۱۲	.....	گزارش نویسی به روش تشخیص پرستاری
۱۴	.....	گزارش داستانی
۱۵	.....	فصل سوم - خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
۱۵	.....	۱ - حقیقت در گزارش نویسی
۱۵	.....	۲ - دقت در گزارش نویسی
۱۵	.....	۳ - کامل و مختصر بودن گزارش
۱۶	.....	۴ - پویا بودن گزارش
۱۶	.....	۵ - سازماندهی و محرمانه بودن گزارش
۱۷	.....	گزارش تعویض شیفت
۱۹	.....	فصل چهارم - ثبت وقایع روزانه
۱۹	.....	پروسیجدهای معمول در پرستاری
۲۰	.....	دادن دارو
۲۱	.....	داروها و موارد تحمل کنترل:

۲۱	.....	سرم درمانی:
۲۲	.....	تغذیه کامل وریدی:
۲۲	.....	نکاتی مربوط به ثبت در مواقع واکنش به تزریق فرآورده های خونی:
۲۳	.....	پروسیجرهای مربوط به مراقبت حمایتی:
۲۳	.....	ثبت مراقبت های قبل از عمل:
۲۳	.....	مراقبت از محل برش جراحی:
۲۴	.....	ثبت نحوه تحمل پروسیجر توسط بیمار:
۲۴	.....	ثبت در اتاق عمل بخش مراقبت های پس از بیهوشی:
۲۶	.....	مانیتورینگ قلب:
۲۸	.....	گذاشتن لوله بینی:
۲۸	.....	مراقبت از صرع:
۲۹	.....	گرفتن نمونه خون شریانی:
۳۰	.....	آسپیراسیون مغز استخوان:
۳۱	.....	گذاشتن و برداشتن مسیر سرخرگی:
۳۱	.....	گذاشتن و برداشتن مسیر ورید مرکزی:
۳۲	.....	پاراستنتر:
۳۳	.....	پرستاری که مسئول مراقبت از بیمار است باید از ثبت موارد زیر اطمینان حاصل کند:
۳۳	.....	توداستنتر:
۳۴	.....	کنترل عفونت:
۳۴	.....	آزمایشات تشخیصی:
۳۵	.....	کنترل درد:
۳۵	.....	تغییر در وضعیت بیمار:
۳۶	.....	مانیتورینگ مایعات دریافتی و دفعی:
۳۶	.....	مراقبت از پوست و زخم:
۳۶	.....	زخم های فشاری:
۳۸	.....	فصل پنجم - وضعیت های چالش انگیز در بیماران
۳۸	.....	آنافیلاکسی:
۳۹	.....	آریتمی ها:
۳۹	.....	مرگ مغزی:
۴۰	.....	درد قفسه سینه:
۴۰	.....	کتواسیدوز دیابتی:

۴۱	بحرین پرفشاری خون
۴۲	هایپوتانسیون
۴۲	هیپوکسمی
۴۲	خونریزی داخل جمجمه‌ای
۴۳	سکته قلبی حاد
۴۴	ادم ریوی
۴۴	سکته مغزی
۴۶	فصل ششم - خطاهای معمول در چارت کردن
۴۶	گذاشتن فضا، حالی در گزارش یا فلو شیت
۴۶	ثبت مراقبت های که به وسیله اشخاص دیگر انجام می شود
۴۷	گزارشاتی که با تاخیر ثبت شوند یا تغییر داده شوند
۴۷	انجام اصلاحات در گزارش
۴۸	عدم تبعیت بیمار
۴۸	محدودیت های رژیم غذایی
۴۸	خارج شدن از تخت علیرغم توصیه
۴۹	ممانعت از مصرف دارو یا بد استفاده کردن از روها
۴۹	عدم تبعیت از آموزش های زمان ترخیص
۴۹	ممانعت از درمان
۵۲	فصل هفتم - ارتباطات حرفه ای
۵۲	به دست آوردن اطلاعات از بخش های دیگر
۵۲	گزارش به پزشکان
۵۲	توصیه های تلفنی به بیمار
۵۳	دستورات پزشک
۵۳	دستورات کتبی
۵۳	دستورات شفاهی
۵۴	دستورات تلفنی
۵۴	ثبت نام پزشک و همچنین ثبت نام پرستار به همراه امضا
۵۴	مزایای ارسال دستورات شفاهی از طریق فاکس
۵۵	واضح ساختن دستورات پزشک
۵۵	ثبت اقداماتی که برای واضح سازی دستور انجام شده است یا خیر
۵۶	فصل هشتم - وقوع حوادث برای بیماران

۵۶	 سقوط بیمار
۵۷	 سوختگی ها
۵۷	 ترخیص علی رغم توصیه پزشک
۵۸	 مقصد بیمار بعد از ترخیص
۶۰	فصل نهم - جنبه های قانونی ثبت (مستند سازی)
۶۰	 هدف و ارزش ثبت صحیح
۶۱	 نکات کلیدی گزارش نویسی
۶۲	 محتویات گزارش پزشکی
۶۷	 مستند ساختن مستندات پزشکی
۶۷	 نحوه برخورد با دستورات شفاهی
۶۸	فصل دهم - مستند سازی و محرمانه ماندن اطلاعات بیمار
۶۸	 گزارش های پزشکی
۶۹	 محتوای گزارش
۶۹	 مستند سازی مؤثر
۶۹	 ثبت تمام مشاهدات
۷۱	 انجام اقدامات پیگیری در صورت لزوم
۷۱	 مطالعه گزارش پرستاری قبل از شروع مراقبت از بیمار
۷۲	 ثبت موارد حتی اگر از زمان آن گذشته باشد
۷۲	 ثبت گزارشات بعد از اجرای پروسیجر یا وقوع رخداد
۷۲	 واقع بینی و ثبت حقیقت
۷۳	 ثبت مشاهدات شخصی خود (و نه مشاهدات دیگران)
۷۳	 ثبت ممانعت بیمار از دریافت مراقبت
۷۳	 ثبت واضح و روشن آموزش های داده شده به بیمار
۷۶	فصل یازدهم - نکات مهم و آشنایی با موارد قانونی در ثبت
۷۸	 توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه
۷۹	 مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش
۸۳	 دستورالعمل کار دکس نویسی
۸۴	 نکات مهم
۸۶	منابع

مقدمه

ثبت گزارش بیمار تنها سند قانونی دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس نموده و چنانچه بیمار و یا ولی بیمار اظهار نماید که در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می باشد. متأسفانه غالباً غفلت‌هایی در تهیه گزارش پرستاری صورت می گیرد که در نتیجه استفاده مکرر از کلمات نامفهوم و بی معنی بوده که سبب عدم دقت گزارش نویسی می گردد اگرچه ممکن است این اشتباهات مخفی مانده و تاثیری جدی بر بیمار نداشته باشد اما همچنین احتمال تأثیرات بسیار جدی بر بیمار دریافت کننده مراقبت وجود داشته و این امر سبب کاسته شدن اعتبار پرستاری به عنوان حرفه‌ای با نفلیط می شود ضمن اینکه باعث ایجاد مشکلات قانونی برای پرستار مسئول نیز می گردد.

استفاده از راهبردهای اساسی گزارش نویسی در پیگیری از اشتباهات عملی یاری دهنده می باشد. خلاصه اینکه گزارشات بایستی دارای استانداردهای حرفه‌ای و رسمی باشد. یک گزارش مناسب بایستی دارای استانداردهای زیر باشد:

کامل، دقیق مرتبط، حقیقی، به موقع، منظم، در دسترس قانونی، خردمندانه و محرمانه.

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیمار، ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم پرستار و بهیار بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند چرا که هیچ پرستاری نمی تواند چنین اظهار نظر نماید که از قوانین و خط مشی و استانداردهای حرفه‌ای موسسه در زمینه ثبت گزارشات پرستاری بی اطلاع بوده است.