

گزارش نویسی

تهیه کننده : اشرف السادات فالقی  
کارشناس پرستاری

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

آفت دانش به کار نبستن آن و آفت  
کار دل بستگی نداشتن به آن است.  
حضرت علی (ع)

# تعریف گزارش نویسی

نوشتن و به تحریر در آوردن اطلاعات، اخبار، رویدادها که با ساده ترین کلام کوتاه ترین زمان هدف مورد نیاز را بیان میکند.

# در نوشتن گزارش پرستاری باید به موارد زیر توجه نمود

۱-مندرجات (Cotent)

۲-زمان بندی (Timing)

۳-قالب (Format)

۴-جوابگویی (Accountability)

۵-اعتماد محرمانه نگه داشتن اطلاعات (confidentialiy)

## ● مندرجات (content)

- اطلاعات (کامل-صحيح-مناسب-دقيق-حقيقی)
- عدم تفسير جملات بیمار
- پرهیز از کلی گویی و به کار بردن کلمات مبهم
- رعایت نظم و توالی رخداد مشکلات و مداخلات انجام شده
- ثبت کلیه مشاوره ها و نتایج
- ثبت گزارش در پرونده بر اساس مقررات موسسه
- رفع ابهام در مورد اقدامات پزشکی (زمان، تاریخ، واکنش،)

## ● زمان بندی (Timing)

- ثبت تاریخ و ساعت مشاهدات و مداخلات
- ثبت مکرر بیماران بد حال
- ثبت دقیق مداخلات قبل از ترک اتاق و بخش

## ● قالب (Format)

● ثبت گزارش بر برگه های طراحی شده مناسب  
● استفاده از خودکار آبی یا مشکی  
● نوشتن ساعت و تاریخ هر گزارش  
● نوشتن شرح مداخلات با توجه به زمان بر خطوط پی در پی بدون فاصله خالی

● امضاء فرد مسئول یا پاسخگو (Accountability)  
● نوشتن نام و نام خانوادگی و عنوان و امضاء فرد مسئول بیمار  
● عدم ثبت مراقبت انجام نشده

● عدم استفاده از لاک غلط گیر و پاک کن

● نوشتن کلمه ERROR در بالای جمله اشتباه

● نوشتن مشخصات و نام بیمار بر کلیه صفحات پرونده

● اطمینان از کامل بودن پرونده (قبل از ارسال به بایگانی)

● محرمانه بودن

● محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرونده (توسط پرسنل و دانشجویان)

# ● اهداف گزارش نویسی

- -برقراری ارتباط بین اعضاء تیم درمانی
- -آموزش به دانشجویان مختلف حرفه پزشکی
- -تهیه صورت حساب مالی
- -ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار
- -پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
- -نظارت و کنترل و ارزشیابی لیستهای سیستم های مراقبت درمانی  
و بهداشتی
- -پیش بینی نیازهای بهداشتی درمانی و مراقبتی



## ● مواقع گزارش نویسی

● موقع پذیرش بیمار

● حین بستری

● زمان انتقال

● زمان ترخیص

## ● شش اصل مهم گزارش نویسی

● -حقیقی باشد

● -دقیق باشد(بادقت کافی نوشته باشد)

● -کامل ومختصر باشد

● -پویا وجاری باشد

● -سازمان دهی داشته باشد

● -محرمانه باشد

# ● ثبت گزارش پرستاری در پرونده بیماران

● پرستار مسئول ثبت گزارش مورد زیر در پرونده بیماران است:

● ۱- بررسی یافته ها:

● - آنچه پرستار دیده، شنیده، بوئیده، لمس کرده، اقدامی انجام داده)

● آنچه بیمار بیان می کند

● ۲- نیازهای مراقبتی بیمار

● ۳- مراقبت های معمول مانند اقدامات بهداشتی

● ۴- اقدامات احتیاطی جهت پیشگیری

● ۵- دستورات پزشکی انجام شده

● ۶- نتایج درمان و مداخلات

● ۷- فعالیت های بیمار

● ۸- داروهای تجویز شده

● ۹- درصد غذای مصرفی بیمار

● ۱۰- مشاوره های انجام شده

● ۱۱- ثبت گزارشات تلفنی و نتایج آن

● ۱۲- انتقال بیمار به سایر واحد ها و ثبت زمان رفت و برگشت

● ۱۳- آموزش در بخش و هنگام ترخیص

● ۱۴- ارجاع بیمار به سرویس های مراقبتی دیگر

# ● استانداردها

- رعایت ارتباط زمانی
- استفاده از مخففات استاندارد
- استفاده از کلمه **Continue** (ادامه) وقتی ادامه گزارش در صفحه بعد نوشته میشود (زمان و تاریخ در ابتدای صفحه بعد بنویسید).
- کشیدن خط صاف در فواصل خالی
- رعایت مقررات موسسه (مانند بستن نرده کنار تخت)
- گفتگو و محاوره فقط با افراد موثر در درمان (حفظ صفحه کامپیوتر از دید افراد غیر موثر در درمان)
- نوشتن کلمه **Error** روی کلمات غلط
- عدم ثبت اطلاعات تکراری (مگر تغییر ناگهانی در وضع بیمار)
- ثبت مشاهدات خود از پاسخ بیمار
- عدم استفاده از جملات مبهم و نا مفهوم
- پاسخ به نیازها یا شکایات مددجو (مشکل ← اقدامات انجام شده)
- ساعت، زمان، اطلاع به پزشک، زمان آمدن پزشک، و دستورات او را دقیقاً رعایت کنید.

# اشکالات گزارش نویسی

- عدم ثبت وقوع حادثه
- عدم ثبت جزئیات (کلی گویی)
- ثبت اطلاعات غلط
- غفلت در ثبت دستورات شفاهی

**تذکر:** نباید اقدامات درمانی توسط یک پرستار انجام و توسط دیگری ثبت شود و حتما به وضوح قید شود چه کاری توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است.

 **در آخر به یاد داشته باشید هر چیزی که**

**نوشته نشده باشد یعنی انجام نشده است**

# ترتیب نوشتن گزارش پرستاری

- سیستم عصبی
- سیستم تنفسی
- سیستم قلبی عروقی
- سیستم پوستی
- سیستم ادراری تناسلی
- سیستم گوارشی
- سیستم اسکلتی
- سیستم روحی روانی
- آموزش های داده شده

## ثبت در سیستم عصبی

- سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو GCS
- اندازه مردمکها و واکنش آن به نور
- آگاهی به مکان، زمان، اشخاص
- صحبت کردن، درک و فهم
- داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان
- بررسی حافظه
- بررسی حس و حرکت اعضاء بدن
- داشتن پاسخ کلامی مناسب
- بررسی مشکل-تشخیص پرستاری-اقدامات انجام شده-نتایج بدست آمده-اقداماتی که باید پی گیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ، فرد انجام دهنده

# ثبت در سیستم تنفسی

- تعداد، نوع تنفس، داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوپ، داشتن بوی خاص ترشحات
- وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی (Mode/PEEP/Fio<sub>2</sub>/Rate/TV..)
- میزان دریافت اکسیژن (L/min) بوسیله ETT، تراکیا ستومی (Mask/Nasal/Tube...)
- جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج
- انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان
- صداهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان تحمل یا پیشرفت بیمار
- بررسی وثبت مسائل غیر طبیعی، نتایج آزمایشات، وگرافی ها
- داروهای مصرفی و اقدامات انجام شده، پروسیجرهای انجام شده، نتایج وثبت دقیق کلیه اطلاعات
- انجام پروسیجرهای تشخیصی درمانی و نتایج آن (بخصوص CPR)، زمان صدا کردن، زمان شروع، زمان اختتام، اقدامات، داروهای مصرفی، نتایج)
- آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج

# ثبت در سیستم قلبی عروقی

- تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون (در حالت نشسته یا خوابیده) محل گرفتن BP
- صدای قلب و نوار قلب، مشخصات ECG
- مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، مقادیر مانیتور شده، لیدمانیتور شده
- مقدار داروهای دریافتی، نتایج و عوارض
- تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی - عروقی، ثبت اقدامات انجام شده و نتایج آن
- کاربرد دستگاه (فیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مصرف، نوع Setup و اقدامات تیم CPCR
- داشتن یا نداشتن Chestpain (نوع، انتشار، مداخلات، نتایج)
- کاربرد دستگاه های مختلف (تمیزی محل، تغییر رنگ پوست، گرمی پوست، داشتن نبض، قرمزی و التهاب، ترشحات و خونریزی از محل)
- نمونه خون های گرفته شده، جواب آزمایشات و گرافی ها
- پروسیجرها (آمادگی های قبل و بعد از آن)
- داروهای مصرفی، عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده
- ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج
- نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)
- کاربرد وسایل داروها و اقدامات ضد تشکیل لخته (مانند کاربرد تورنیکت، جوراب های ضد امبولی و داروها)
- فعالیت بیمار، تحمل فعالیت، مشکلات و اقدامات انجام شده
- کلیه مراقبت های پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتایج



## ثبت در سیستم پوستی

- رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی، ورم و خراش
- وضع پوست، خشک و مرطوب، زخمی، ترشحات (نوع آن)، پوسته پوسته بودن، گرمی - سردی، و.
- ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندام های محیطی)
- قوام پوست (خوب و بد)
- داشتن زخم بستر (رنگ، محل، درجه، ظاهر) اندازه (طول، عرض و عمق)، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ، شستشوی زخم، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات، التهاب
- داشتن بخیه، کشیدن آن، نزدیک کردن پوست به هم
- گرفتن نمونه، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته
- تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ، توجه به تغذیه، حمام
- ترشحات زخم، حاوی گرفتن نمونه جهت کشت، جواب، اقدامات
- دادن حمام، شستشوی پوست و غیره...

## ● ثبت در سیستم ادراری تناسلی

- وضع ظاهری اندام های تناسلی-ادراری ویافته های غیر طبیعی
- رنگ میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی +علائم و نشانه ها(مانند: تکرار ادرار، هماچوریا، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک، چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراری و غیره
- خارش، ترشحات بد بو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، مشکلات در ارتباط با ( Sextural function )
- داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی، اقدامات انجام شده
- نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژنیال، معاینه واژن و.....
- انجام مراقبت در خصوص کاتترها(فولی، سوپراپیوبیک، Seif catheterization,....,
- چک I&O بیمار(سی سی در ساعت) دادن مایعات Free، جایگزینی مایعات خون و فراآورده های خونی و نوع واکنش به آن
- تزریق IV تعویض محل آن، نوع آنژیوکت و غیره
- تعویض پانسمان و علائم و عوارض (نظیرنشت مایعات به زیر پوست) در آمدن فولی و غیره
- زمان شروع و قطع مایعات و وسایل و ذکر علت
- کاربرد TPN و تو جهات خاص مربوط به آن و بررسی علائم عفونت
- آموزش های داده شده به بیمار و ثبت نتایج آن
- شکایات بیمار، گزارش به پزشک، اقدامات انجام شده، نتایج
- داروهای مصرفی-عوارض-اقدامات

# ثبت در سیستم گوارشی

- اشتها، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی
- علائم و نشانه ها (مانند بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ اسیت، آروغ)
- نوع رژیم غذایی، داشتن یا نداشتن NGT و ژژناستومی، کلاستومی تیوپ و ...
- زمان و تاریخ گذاشتن، تعویض یا قطع TPN/NGT
- داشتن یا نداشتن مدفوع، کیفیت، رنگ، بو، شکل مدفوع، نوع اسهال
- داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات
- داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و .....
- ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایج
- تزریق خون و فرآورده های خونی
- اقدامات تشخیصی، درمانی (آمادگی و توجهات خاص) پس از انجام پروسیجرها) و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک و ..... (تغذیه و گلوپنوسکپی)
- مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و ...
- کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبت های خاص
- مراقبت های پرستاری انجام شده، نتایج ( زمان، فرد انجام دهنده، شرح پروسیجر، آزمایشات، نتایج، اقدامات و ...)
- آموزش های داده شده

## ثبت در سیستم اسکلتی

- رنگ اندام های محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پرشدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندام ها
- داشتن حس و حرکت اندام های محیطی، فلج و سستی اندام ها، محدودیت حرکتی اندام ها
- تحرک فعال و یا غیر فعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن، توالی رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن، لباس پوشیدن)
- داشتن یا نداشتن کشش، گچ (خشک یا تر بودن گچ)
- تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و (شدت آن)
- داشتن درد، بی قراری
- حمام و نوع آن
- کاربرد وسایل کمکی (عصا و....)

## ثبت در سیستم روحی روانی

- داشتن یا نداشتن فرآیند فکری نرمال، زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی)
- دلیر یوم، ثبت رفتار نامناسب بیمار یا جملات وی، حافظه
- اضطراب، وسواس، ترس اجباری، ترس مرضی، بد بینی، اعتماد به نفس
- افکار خود کشی، اقدام به خود کشی، مداخلات انجام شده و پاسخ بیمار
- داشتن نقش های اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران
- اعتیاد، ترک اعتیاد، عصبانیت و خشم، صدمه زدن به دیگران و خود
- داشتن پاسخ کلامی مناسب
- مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاری و پزشکی انجام شده (روان درمانی) (پسیکو تراپی) ECT و روشهای مختلف به کار گرفته شده

## ثبت در آموزش های داده شده

- نیاز های آموزشی بیمار، برنامه ریزی برای آموزش، کاربرد وسایل سمعی و بصری مختلف
- فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده و....(اثر انگشت و امضاء) محتوای آموزش
- به کار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فرا گیر باشد(نشان دادن بیان کردن، بکار بردن صحیح وسایل)
- تاکید بر علائم و نشانه های مهمی که نیاز به گزارش به پزشک دارد
- آموزش درباره داروهای مصرفی، اثر، عوارض، اقدامات خاص و....
- دادن وسایل و مواد آموزشی به بیمار
- آموزش در مورد محدودیت های خاص (حرکتی، غذایی و...)

# سوال

- آقای ۴۵ ساله با ۲۴ درصد سوختگی درجه یک و دو و سه در تنه و صورت، توسط بستگانش به اتفاقات ارجاع شده است طبق دستور پزشک کلیه اقدامات معمول در اتفاقات جهت بیمار انجام شده است.
- ۱- اگر شما به عنوان پرستار اورژانس کلیه مراقبت های معمول را جهت بیمار انجام داده باشید گزارش پرستاری شما چگونه خواهد بود؟
- ۲- اگر شما به عنوان پرستار بخش مردان بیمار را تحویل بگیرید گزارش شما چگونه است؟

# نیکو سوال کردن نصف علم است.

حضرت محمد (ص)

بهار ۱۳۸۸