

بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم

دستورالعمل فرآیند ثبت و گزارش نویسی پرستاری

تهیه و تنظیم:

ایرما ریحانی سوپروایزر آموزشی

آمنه شادمان مدیر پرستاری - زهرا نامدار سرپرستار بخش زنان

آذر ۱۴۰۲ - واحد آموزش کارکنان



گزارش نویسی استاندارد با رعایت موارد ذیل:

۱- سربرگ گزارش پرستاری (سربرگ اوراق پرونده) دارای مشخصات کامل بیمار باشد:

راهنما: ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. در ضمن تاریخ تولد کامل ثبت شود .

۲- فرم ارزیابی اولیه بیمار (بزرگسال یا کودک) به طور صحیح بر اساس دستورالعمل تکمیل شود:

راهنما: در بخش اورژانس با توجه به اینکه بیمار تریاژ می شود نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه نیست. در صورتی که بیمار به هر علت بیش از ۱۲ ساعت در اورژانس ماندگاری داشته باشد، بایستی فرم ارزیابی اولیه تکمیل شود. فرم ارزیابی اولیه برای هر بیمار فقط یکبار تکمیل می شود و در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر نیازی به تکمیل مجدد فرم ارزیابی اولیه نیست. مگر اینکه بیمار به بخش روان منتقل شود که در این صورت نیاز است فرم ارزیابی بیماران روان در بخش مقصد تکمیل گردد.

بعد از انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر، در صورت ناقص بودن فرم ، نیازی به تکمیل مجدد یا اصلاح فرم نیست و پرستار بخش مقصد بایستی مواردی تکمیل نشده در این فرم را طبق مشاهدات خود در گزارش پرستاری که ثبت می نماید مورد اشاره قرار دهد.

تعداد تشخیص های پرستاری ثبت شده در برگه ارزیابی اولیه ملاک ارزیابی نبوده و رعایت استاندارد تشخیص پرستاری ثبت شده مهم می باشد. در واقع برای هر تشخیص پرستاری باید فرایند پرستاری اجرا و پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده ثبت گردد. در مورد تشخیص های پزشکی حتما در گزارش پرستاری قید شود تشخیص پزشکی مانند: تشخیص پزشکی سزارین.

۳- در گزارش پرستاری بدو ورود به موارد ذیل اشاره شود:

نام و نام خانوادگی بیمار ، سن بیمار ، ساعت پذیرش، طریقه ورود بیمار به بخش (بوسیله برانکاردر ، ویلچر، پای خود و...) و همراه چه کسی، ساعت ورود به بخش، وضعیت هوشیاری ، وضعیت تاهل ، تعداد و محل اتصالات ، شکایت اصلی بیمار (از زبان بیمار)، علت بستری (تشخیص اولیه پزشکی)، پزشک و سرویس بستری، سوابق پزشکی مانند بستری در بیمارستان، جراحی، داروی مصرفی ، تزریق خون ، حساسیت داروئی یا غذایی و...

راهنما: به جز در گزارش بدو ورود که بایستی نام و نام خانوادگی و سن بیمار قید شود ، نیازی به نوشتن نام و سن بیمار در هر شیفت نیست. فقط در مورد نوزادان با توجه به اینکه سن روزانه تغییر می کند در هر شیفت باید سن نوزاد قید شود.

۴- گزارش پرستاری خوانا ، مرتب و جداگانه و بدون خط خوردگی ثبت گردد:

راهنما: گزارش پرستاری و ثبت مستندات بایستی در برگ گزارش پرستاری، قسمت مشاهدات و نظرات ثبت شود و چک اجرای دستورات داروئی هم در قسمت اقدامات داروئی و درمانی به صورت کامل (نام دارو یا سرم، مقدار، نحوه دادن، ساعت روتین داروئی مثل: Q6H و روش دادن دارو مثلا: (STATE-SLOWLY) ثبت گردد.

۵- در گزارش پرستاری از کلمات شبهه برانگیز استفاده نشود (مثل به نظر می رسد ، ممکن است ، شاید ، ظاهرا و...) و شکایات بیمار از قول بیمار نقل قول مستقیم شود (در گیومه قرار گیرد).

۶- در گزارش پرستاری از کلمات و علائم اختصاری استاندارد استفاده شود.

۷- در صورت گرفتن دستور تلفنی (فقط در موارد اورژانس)، دستورات تلفنی به طور صحیح و کامل طبق دستورالعمل ثبت گردد.

راهنما: ثبت دستور تلفنی حتما باید در برگه دستورات پزشک با ذکر نام فرد دستور دهنده ثبت شده و نام بیمار در ابتدا ذکر شود و پس از ثبت دستور تلفنی و تکرار آن توسط گیرنده ، توسط پرستار بیمار و پرستار شاهد مهر و امضا گردد. دستور تلفنی حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت توسط پزشک مهر و امضا گردد.

۸- گزارش پرستاری مختصر و کامل نوشته شده و به طور مستمر و با توالی ثبت شود . در صورت وجود فضای خالی انتهای گزارش و دارو، با یک خط ممتد فضا بسته شود.

راهنما: منظور از ثبت مستمر، نوشتن اقدامات انجام شده در طی شیفت و پیگیریها که باید شیفت بعد، انجام شود. لذا ثبت اقداماتی که هنوز انجام نشده و یا بستن گزارش قبل از انتهای شیفت خطا می باشد. ضمن اینکه گزارش تمام شیفت ها حتی در روزهای تعطیل باید جدا نوشته شود.

۹- در گزارش پرستاری اولیه اشاره به یادآوری تلفیق دارویی به پزشک معالج انجام شود و پرستار نیز در فرم ارزیابی اولیه نام داروهایی که بیمار میگیرد با دقت ثبت نماید .

راهنما: در صورت عدم اطلاع بیمار از داروهای خود به او و همراهان اطلاع داده شود که اسم داروها را اولین زمان به پرستار اطلاع دهد و به پرستار شیفت بعد نیز اطلاع داده شود و در کاردکس ثبت شود که پیگیری نمایند.

۱۰- در صورت اشتباه بودن گزارش روی موارد اشتباه بودن مخدوش کردن و لاک گرفتن فقط یک خط کشیده شود و روی آن کلمه "اشتباه است" یا Error با خودکار قرمز ثبت شود و اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت گردد.

راهنما: در انتهای گزارش تعداد موارد "اشتباه" ، نوشته شده و علت آن توضیح و مهر و امضا می شود.

۱۱- مقدار و نوع مایعات دفعی مانند ادرار و ترشحات بیمار (مثل ترشحات درن، چست تیوپ، NGT و...) در هر شیفت کنترل و در گزارش پرستاری ثبت شود.

در صورتی که دستور پزشک مبنی بر کنترل (I&O جذب و دفع) وجود دارد بایستی میزان ثبت ترشحات به طور دقیق در این برگه ثبت شده و در گزارش پرستاری فقط ذکر شود I/O " ثبت شد " و سپس نوع و مشخصات ترشحات در گزارش پرستاری توضیح داده شود. در ضمن میزان ورود و خروج ۲۴ ساعته در برگ نمودار علائم حیاتی (چارت) قسمت جذب و دفع مایعات ثبت و ایمبالانسی آن در ۲۴ ساعت به پزشک گزارش و ثبت شود.

اگر دستور پزشک مبنی بر ثبت جذب و دفع ندارد ، بایستی پرستار در هر شیفت وضعیت ، تعداد ، محل و مقدار ترشحات اتصالات بیمار را در گزارش پرستاری ثبت نماید.

۱۲- در گزارش پرستاری هر شیفت به کنترل علائم حیاتی V/S اشاره شود.

راهنما: اگر علائم حیاتی بیمار در برگه چارت علائم حیاتی ثبت می شود ، لازم نیست مجدد در گزارش پرستاری این مقادیر را ثبت نماید فقط در صورتی که مقادیر غیر طبیعی در علائم حیاتی وجود داشت بایستی حتما در گزارش پرستاری قید شده و اقدامات انجام شده مربوط به آن هم ثبت شود.

۱۳- در تزریق خون نکات ذیل رعایت گردد:

بررسی کیسه، گروه خونی و RH ، تاریخ و ساعت شروع، علائم حیاتی قبل ، حین و پس از تزریق خون و واکنش بیمار و ... ثبت شود. در فرم های تزریق خون تاریخ تولد بیمار کامل ثبت گردد و از نوشتن فقط سن بیمار اجتناب گردد.

۱۴- معیار موریس و برادن برای هر بیمار (بزرگسال) ، هامپی دامپی و برادن کیو (برای اطفال) در هر شیفت تعیین شود. معیار برادن:

ارزیابی برای تمام بیماران در بدو ورود به بخش، و بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری (بیماران با اختلال هوشیاری، اختلال درک حسی و SRBR, CBR ...) بایستی در هر شیفت انجام شود. در صورتی که نمره ۱۲ و کمتر بگیرد هر شیفت ارزیابی بایستی تکرار گردد، در غیر این صورت روزانه و یا با تغییر سطح مراقبتی بیمار، از نظر احتمال بروز زخم بررسی و نمره برادن ثبت گردد.

راهنما: در ICU ها بایستی بررسی بیمار از نظر بروز زخم فشاری در هر شیفت انجام شده و مشاهدات دقیق پرستار در خصوص وضعیت بروز زخم بستر، در گزارش پرستاری ثبت شود.

در بیماران Self Care نیازی به ارزیابی و ثبت نمره برادن نیست.

در بالای کاردکس بیماران بایستی نمره برادن ثبت شده و در صورت تغییر، اصلاح گردد .



معیار مورس:

بیمار از نظر احتمال سقوط بر اساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط توصیه شده وزارت متبوع (معیار مورس) بررسی شود.

نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی اولیه در اولین گزارش پرستاری بخش نیز ثبت می شود. برای بیماران در معرض خطر بالا (از نمره ۴۵ به بالا) در هر شیفت باید نمره مورس چک شود و برای سایر بیماران در صورت هر تغییر سطح مراقبتی باید نمره مورس چک شود و در گزارش پرستاری ذکر شود.

راهنما: ریسک پایین (نمره ۰ - ۲۴)، ریسک متوسط (۲۵ - ۴۴)، ریسک بالا (۴۵ و بالاتر) در بخش اورژانس تمام بیماران در معرض خطر سقوط محسوب می شوند و باید اقدامات پیشگیرانه سقوط در کلیه بیماران انجام شود و در پرونده نیز ثبت گردد.

در صورتیکه نمره مورس بیمار ۲۵ و بالاتر و یا نمره براد ۱۲ و کمتر از آن بود، دستبند زرد برای بیمار بایستی بسته شود.

۱۵- در گزارش پرستاری به وضوح قید شود؛ که چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است.

راهنما: در مورد اقداماتی از قبیل فیزیوتراپی که ممکن است توسط کارشناس فیزیوتراپی (که در فرم مخصوص خود آن را تکمیل می کند) یا توسط خود پرستار مسئول بیمار انجام می شود بایستی در گزارش پرستاری قید شود که این اقدام توسط چه کسی انجام شده است. مثلاً "فیزیوتراپی تنفسی توسط خانم/... آقای... انجام شد".

راهنما: علائم همودینامیک بیمار و نتایج ارزیابی (سطح هوشیاری، تغییرات علائم حیاتی و اکسیژن خون، میزان خروجی ادراری، درد، تهوع، استفراغ، خستگی، و...) و اقدامات انجام شده جهت رفع آنها در هر شیفت و با جزئیات کامل ثبت شود.

مشاوره ها:

در مورد اقداماتی که در سایر اوراق ثبت شده است، مانند مشاوره، در گزارش پرستاری، فقط ذکر "مشاوره انجام شد" با ذکر تاریخ و ساعت، کفایت می کند. در ضمن در فرم مشاوره نیز پرستار موارد را کنترل و امضا نماید.

لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد.

دستورات پزشک مشاور از سه طریق ذیل قابل انجام است:

الف- دستور پزشک معالج ذکر شده باشد که دستورات پزشک مشاور اجرا گردد.

ب- تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Reorder) شود.

ج- صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد" قابل انجام است.

توجه: کلیه ریبورت های سی تی اسکن، فرم های سونوگرافی، پاتولوژی، آزمایشات و غیره که از بخش های مختلف ارسال می شود پرستار بیمار که فرم را تحویل می گیرد در فرم مربوطه قید کند که فرم تحویل شد و تاریخ و امضا و مهر بزند در ضمن بلافاصله ریبورت و جواب ها را به پزشک اطلاع دهد و در گزارش پرستاری با ذکر ساعت ثبت نماید.

۱۶- به نکات ایمنی مربوطه در خصوص بدساید و آموزش های داده شده در مورد آن در هر شیفت حتما اشاره شود.

مثلاً نرده دوطرفه بالا است و آموزش های لازم جهت پیشگیری از سقوط به بیمار و همراهان داده شد.

۱۷- در گزارش پرستاری وضعیت اتصالات بیمار و عملکرد آن ثبت شود.

راهنما: تاریخ تعبیه اتصالات در کاردکس ثبت شده باشد. در صورت تعبیه اتصالات جدید یا تعویض آن، مورد در گزارش پرستاری ثبت شود. در ضمن اندازه لوله های تعبیه شده توسط پزشک و پرستار مانند: فولی ۱۴ و غیره در گزارش ثبت گردد.

۱۸- در گزارش پرستاری نوع رژیم غذایی بیمار، وضعیت تحمل، عدم تحمل و ... ثبت گردیده است. در ضمن حجم مصرف غذا نوشته شود مثلاً بیمار یک دوم غذای خود را خورد.

۱۹- در گزارش پرستاری وضعیت اجابت مزاج و دیورز بیمار ذکر گردد.

- ۲۰- به تشخیص پرستاری (مشکل بیمار) و طرح فرایند مراقبتی بیمار در گزارش نویسی اشاره شود.
راهنما: ثبت اقدامات انجام شده برای مشکل بیمار در همان شیفت و یا شیفت های بعدی تا حصول نتیجه به صورت مستمر لازم است. به عنوان مثال در صورت BP بالا اقدامات انجام شده تا زمان رسیدن به مقدار قابل قبول در گزارشات ثبت شود.
- ۲۱- در گزارش پرستاری در صورت عدم اجرای یک Order، به علت عدم اجرای آن اشاره شود.
- ۲۲- در صورت انتقال بیمار به بخش دیگر یا سایر مراکز درمانی ساعت انتقال، نحوه انتقال، و پرسنل همراه بیمار و پرستار تحویل گیرنده، ثبت شود. در ضمن در دفتر مخصوص نیز ثبت گردد.
- ۲۳- در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل زمان خروج از بخش، زمان برگشت به بخش و وضعیت عمومی بیمار بعد از عمل جراحی ذکر گردد.

راهنما: لازم است کلیه افرادی که مراقبت از بیماران را در اتاق های عمل بر عهده دارند، اقدامات لازم (بر اساس شرح وظایف) با توجه به اهمیت توالی ارائه خدمات و استمرار مراقبت از بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت نمایند.
گزارش اقدامات در ریکاوری برای مادرانی که تحت عمل سزارین قرار می گیرند، توسط کارشناس بیهوشی و کارشناس مامایی در برگه مراقبت بعد از عمل ثبت شود.
در هنگام تحویل بیمار از اتاق عمل، پرستار تحویل گیرنده موارد ثبت شده در برگه ریکاوری را با وضعیت بیمار مطابقت داده و در صورت مغایرت حتما ذکر نموده و به پرستار ریکاوری اطلاع دهد.

۲۴- در صورت وقوع حادثه یا بروز وقایع تهدید کننده حیات بیمار (Never Event)، ساعت، تمامی جوانب حادثه و اقدامات انجام شده است و اینکه به چه کسانی اطلاع داده شده به وضوح ذکر شده و بر اساس دستورالعمل اقدام شود.
نکته: از قضاوت و تفسیر حادثه یا واقعه خودداری گردد.

۲۵- در پایان گزارش، پرستار نام، نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت گزارش را بطور دقیق قید و مهر نماید.
راهنما: دقت شود بین آخر خط نوشته شده و آخرین اقدام دارویی ثبت شده و خط بستن گزارش هیچ فاصله ای وجود نداشته باشد.

۲۶- تاریخ و ساعت شیفت به طور کامل (سال، ماه، روز و استفاده روش ۲۴ ساعته) ثبت شود؛ در ضمن کلیه اقدامات انجام شده مانند زمان انجام خدمات (ویزیت ها پزشکان، اطلاع وضعیت بیمار به پزشک، انجام مشاوره، خروج بیمار جهت انجام اقدامات پاراکلینیکی و زمان برگشت به بخش، پیگیری جواب اقدامات پاراکلینیکی مانند جواب آزمایشات یا رپورت CT و ... نوار قلب، فیکسسیون کاتترها، انتقال به اتاق عمل و بازگشت مجدد به بخش، ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار و...) با دقت ثبت شود.

راهنما: ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار انتهای شیفت خواهد بود به طور مثال: ۱۴:۰۰، ۰۸:۰۰، ۲۰:۰۰
در زمان پاس ابتدا و انتهای شیفت باید گزارش پرستاری توسط پرستار جایگزین نوشته شود.

در صورتی که اقدام دستور داده شده انجام نگردید، علت آن به صورت واضح در گزارش پرستاری قید شود.

۲۷- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دارو و سرم ها به صورت کامل و خوانا در قسمت اقدامات دارویی ثبت شود:
تاریخ و ساعت، نام ژنریک دارو، دوز دارو و راه تجویز و حلال مناسب مورد استفاده و ساعت تجویز و استفاده دارو در صورت اجرای دستور دارویی و یا سرم بیمار در برگه گزارش پرستاری قسمت اقدامات دارویی و درمانی ثبت شود.
راهنما: در صورت عدم اجرای دارو، علت عدم اجرای آن در همان قسمت دارویی ذکر شود.
در صورت اجرای دارو توسط فرد دیگر حتما باید فرد اجرا کننده نام خود را در قسمت دارو بنویسد. در مورد داروهایی که حتما باید در حضور پزشک اجرا شوند، نام پرستار بیمار ذکر شده و در متن گزارش پرستاری نوشته شود دارو با مانیتورینگ و تحت نظر دکتر ... اجرا گردید.

نیازی به ثبت دارو و حلال و ... در متن گزارش پرستاری نیست. اما محل گرفتن IV line و درمان وریدی (نوع سرم، مقدار و تعداد قطرات) در شیفت ثبت گردد. در ضمن در صورت تزریق داروهای خاص مانند: آمینوژن، اینترالیپید، دوپامین، نیترو گلیسیرین، داروهای سدیتیبو و... و همچنین خون و فرآورده خونی میزان تزریق و زمان شروع و پایان و... در گزارش ثبت گردد.

۲۸- مواردی که نیاز به امضا دوم دارد توسط دو پرستار انجام، ثبت، تأیید و امضاء شود.

مانند: داروهای پرخطر و یا هشدار بالا؛ فرآیند محاسبه و دادن داروهای پرخطر در ضمن در برگه دستورات پزشک چک توسط هر دو پرستار و در برگه گزارش پرستاری کنار نام دارو توسط پرستار دوم مهر و امضا شود و به مورد دابل چک شده نیز اشاره گردد. در صورتی که پرستار شاهد باشد عبارت "پرستار شاهد جهت ..." در کنار مهر و امضای خود ثبت کند. در مورد چک و اجرای دستورات شفاهی و تأیید گزارشات دانشجویان، نیاز به مهر و امضای پرستار یا ماما دوم دارد. راهنما: نیازی به ثبت دابل چک در متن گزارش پرستاری نیست.

۲۹- در صورت ارسال نمونه خون جهت آزمایشات در خواستی موارد ذیل رعایت شود:

ساعت اخذ و ارسال نمونه به آزمایشگاه و تمامی موارد درخواست شده به صورت کامل و جداگانه در گزارش ثبت شود؛ به عنوان مثال نمونه خون جهت آزمایشات CBC، Bun، Cr، Na، k در ساعت ۱۱:۳۳ ارسال گردید.

۳۰- در صورت انجام احیای قلبی ریوی موارد ذیل ثبت گردد:

ساعت اعلام و شروع احیا، افراد گروه و زمان حضور آنها بر بالین، تغییرات وضعیت بیمار در طول احیا، تعداد و میزان شوک، طول مدت احیاء، زمان خاتمه احیا، فرد اعلام کننده زمان ختم CPR، مراقبت های انجام شده از جسد، تحویل وسایل بیمار به همراهان، زمان و نحوه انتقال جسد به سردخانه، صدور گواهی فوت و پزشک صادر کننده گواهی.

۳۱- گزارش انتقال بیمار به اتاق عمل به طور کامل و صحیح ثبت شود:

نحوه و زمان انتقال بیمار، موارد پاراکلینیکی انجام گرفته و ضمیمه شده در پرونده بیمار، ناشتایی، خروج زیورآلات، دندان مصنوعی، لباسها و ... آخرین زمان تخلیه ادرار و همچنین تعداد گرافی، CT و ... تحویل داده شده، تحویل دفترچه بیمه بیمار به اتاق عمل، داروهای پروفیلاکسی و ... در ضمن قید شود مستندات فوق به چه کسی و چه زمانی تحویل داده شده است.

۳۲- گزارش پرستاری بصورت سیستم به سیستم ثبت شود:

- سیستم اعصاب مرکزی (CNS)
- سیستم تنفس (Res)
- سیستم قلبی و عروقی (CV) (مانند: نوع سرم و میزان دریافت سرم در شیفته N/S 1000cc/24 h و در شیفته 280 cc گرفت).
- سیستم پوست (Skin)
- سیستم ادراری (GU) (مانند: تزریق IV و تعویض محل آن، نوع و GAGE آنژیوکت و غیره)
- سیستم گوارشی (GI)
- سیستم ماهیچه ای - اسکلتی (Musculoskeletal/ activity)
- سیستم روانی - اجتماعی (Psychosocial)
- آموزش به بیمار و خانواده
- سایر موارد others

در صورت انجام کلیه پروسیجرها در هر سیستم بدن، اقدامات با جزئیات ثبت شود مانند: پانسمان - اکسیژن درمانی - سونداژ - ساکشن - مراقبت از اتصالات - آمادگی قبل از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی *مشکلات

مشاهده شده در ارزیابی بیمار (PT Assessment) در گزارش پرستاری ثبت گردد.

در صورت عدم اجرای سایر دستورات (غیر دارویی) در گزارش پرستاری توضیح داده شود.

۳۳- ثبت موارد ارزیابی بیماران پرخطر با دقت انجام گیرد. مانند: بیماران در معرض خطر ترومبوزوریدهای عمقی با معیار ولز (wells score)، بیماران در معرض خطر خودکشی که با (sad persons scale)، بیماران در معرض خطر پلی فارمسی (مصرف بیش از ۴ دارو) و بیماران در معرض سوء تغذیه.

۳۴- در صورت مرخص بودن بیمار، در گزارش پرستاری به زمان ترخیص و زمان خروج از بخش ونحوه خارج شدن از بخش با ویلچر یا برانکار یا با پای خود اشاره شود.

۳۵- ساعت انجام مراقبت های پرستاری و اقدامات تشخیصی و درمانی ثبت شود.

راهنما: کلیه موارد ذیل در پرونده با ذکر ساعت ثبت گردد.

سطح مراقبتی بیمار
دستورات روتین یا ثابت
دستورات در صورت لزوم
دستورات تلفنی
دستورات شفاهی
ثبت رفتار بیمار
عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری
ثبت اقدامات درمانی
ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن
ثبت سطح هوشیاری، درد، غذا و اشتها، دفع مدفوع و ادرار، استراحت و خواب و علائم حیاتی
ثبت پیشرفت بیماری

۳۶- در مورد آموزش های بیماران در فرم گزارش پرستاری بر اساس سیاست آموزشی بیماران آموزش ها ارائه و نتایج اثربخشی آنها ارزیابی و ثبت شود.

آموزش به بیمار در بدو پذیرش:
خوش آمد گویی به بیمار و آموزش های بدو پذیرش به بیمار ارائه و ثبت شود.
آموزش به بیمار در حین بستری:
آموزش های حین بستری به صورت مختصر ثبت گردد مخصوصا در موارد خاص مانند مراقبت از زخم و فولی و نحوه تزریق انسولین و....
آموزش به بیمار در حین ترخیص:

در فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار آموزش ها ثبت گردد و حتما امضا و اثر انگشت و تلفن فردی که به وی آموزش ارائه شده است در قسمت مشخص شده ثبت گردد. در فرم گزارش پرستاری نوشته شود. آموزش های زمان ترخیص به بیمار/همراه داده شد.

توجه: فرم اصلی آموزش به بیمار زمان ترخیص تحویل بیمار/همراه داده شود و کاربرنی در پرونده قرار گیرد.
معرفی بیمار به واحد پرستاری آموزش سلامت پیگیری پس از ترخیص و ارائه شماره تماس آن واحد به بیمار/همراه بر اساس گروه هدف (مخصوصا بیماران ترخیص شده در شیفت های عصر و شب)

۳۷- نکات کلیدی و مهم در ثبت گزارش پرستاری:

- از قید جملات تکراری و کلیشه ای (بیمار تحت نظر است، دستورات دارویی اجرا شد، حال عمومی خوب و...) و اختصارات بی معنا خودداری شود.
- از ثبت گزارش تاخیری آگاهی داشته و در صورت نیاز به افزودن مطلبی پس از بستن گزارش پرستاری قید شود؛ گزارش تاخیری با هماهنگی مسئول بخش قبل از انتقال پرونده به بخش دیگر و شیفت بعد یا بایگانی ثبت شود.
- در صورتی که گزارش بیش از یک صفحه است، در پایان صفحه اول، نوشته شود "ادامه در صفحه بعد" و در صفحه بعد ساعت و تاریخ ذکر شده و نوشته شود "ادامه از صفحه قبل"
- در گزارش پرستاری مادران زائو موارد شیردهی، تماس پوست با پوست و مدت زمان آن، ادرار و مدفوع نوزاد، علائم حیاتی نوزاد، کلمپ بند ناف و بدون خونریزی بودن آن، مشکلات و اقدامات انجام شده، ارجاع به کلینیک و شماره دبیر کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر... ثبت گردد.

منابع:

- <http://www.nursingtutoringessentials.com.au>
- Blackwell Willey, nursing diagnosis definition & classification, 2015-2017
- کتابقانون و گزارش پرستاری زهرا ایلزی
- چک لیست نظارتی آموزش کارکنان مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان ۱۴۰۲
- چک لیست ارزیابی گزارشات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۹۸