

گزارش نویسی در پرستاری

مرکز آموزش سازمان نظام پرستاری کشور برگزار می کند



با حضور: دکتر لیلا نیسی
دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
(عضو هیئت علمی دانشگاه، استاد یار گروه پرستاری)



گروه پرستاری و مامایی

زمان: ۱۴۰۵/۰۳/۱۰ ساعت ۱۹ الی ۱۵:۱۲

مراحل ثبت نام

• مراجعه به سایت INO.IRCME.IR

• شناسه برنامه (۲۵۱۷۰۳)

✉ Amoozesh.ino1.ir

📧 ino.Amoozesh

✓ ۰۹۳۸۶۷۰۳۶۷۴

تلفن: (۲۱۹-۱۱۸-۱۰۳-۱۰۲) ۴۲۹۴۹-۴۹۰۴-۸۸۹۰۴۹۰۴-۰۲۱

تهران - خیابان استاد نجات الهی - نرسیده به خیابان کریم خان زند - کوچه شهید ارشد - پلاک ۸

دکتر لیلا نیسی استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی دزفول

مقدمه

به جرات می‌توان گفت که یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران گزارش پرستاری میباشد. گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس میکند. در بیان ارزش گزارش پرستاری میتوان به موارد زیر اشاره کرد :

۱. نافذ ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران ، پزشکان.
۲. سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیماران نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی ، اقدامات تشخیصی درمانی ، مراقبتی و آموزشی میباشد.
۳. سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و...
۴. سند مهم برای پژوهش و نظارت

اهداف گزارش نویسی

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه صورتحساب مالی
۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
۶. نظارت کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتي، درمانی و بهداشتی
۷. پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتي

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

Actual	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness	۳. کامل و مختصر
Current ness	۴. پویا
Organization	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

روش‌های گزارش‌نویسی

۱. گزارش به روش سنتی

در این روش گزارش‌نویسی اطلاعات طبقه‌بندی شده؛ و پزشک، پرستار، مسول آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاص خود گزارش را می‌نویسند. در این صورت برگه‌های متعددی در پرونده بیمار دیده می‌شود.

۲. گزارش نویسی به روش SOAPIE

شکل خاصی برای تهیه و نوشتن یادداشت‌های تفصیلی درست شده که به آن اختصاراً شامل:

S = Subjective Data	مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار
O = Objective Data	مشاهدات عینی
A = Assessment	بررسی و ارزیابی
P = Planning	برنامه ریزی
I = Intervention	اجرا
E = Evaluation	ارزشیابی

۳- گزارش نویسی بروش (problem oriented Record POR) : در این روش تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی او و

مراقبت از اوست . در این روش نه تنها درمانهای بیمار ثبت می شود ' بلکه دلیل معالجات و مراقبتها نیز ذکر می شود . سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می شود ' آسانتر و طبقه بندی شده خواهد بود . پرستار ' متخصص تغذیه ' مددکار اجتماعی ' فیزیوتراپیست ' آزمایشگاه و سایرین در يك محل ، گزارششان را می نویسند . مثال : مشکل بیمار تغذیه ناکافی در رابطه با برداشتن قسمتی از معده اش است ' در بخشی از گزارش پزشکی که عمل جراحی را انجام داده ' پیشرفت بیماری را توصیف میکند ' پرستار راجع به اشتهای بیمار و متخصص تغذیه ، رژیم درمانی پیشنهادی قابل تحمل برای بیمار را ثبت میکند . این روش برای بیمار مفید است ' زیرا کلیه اعضای تیم مراقبت در تنظیم این برنامه شرکت دارند و بطور حتم اثر خلاقیت نیز بیشتر خواهد بود.

الگوی ثابت این روش عبارتست از : جمع اوری اطلاعات پایه - لیست مشکلات - طرحهای اساسی - گزارش پیشرفت بیماری .

۴- گزارش نویسی گام به گام : پرستار معمولاً با اطلاعات پایه مربوط به دلیل بستری بیمار گزارش خود را شروع کرده و

بدنبال آن اطلاعات توصیفی مشروح در مورد پیشرفت بیمار در طول شیفت خود را گزارش می‌کند و به ترتیب گزارشات بدو ورود تغییر شیفت قبل از عمل، ریکاوری بعد از عمل، آموزش ترخیص و یا گزارش فوت در پرونده ثبت می‌شود.

۵- گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری : تشخیص پرستاری جمله یا عبارتی است که وضعیتی نامطلوب را

مشخص می‌کند. پرستاران بر اساس قوانین کار پرستاری مسئول تشخیص و درمان واکنشهای بیماران به مشکلات بهداشتی هستند.

تشخیصهای پرستاری عمدتاً به قسمتهایی مربوط می‌شود که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده اند و اقداماتی هستند که پرستار بدون همکاری پزشک یا اعضای دیگر تیم درمان و مراقبت و بدون وابستگی آنها را انجام می‌دهد. این اعمال شامل موارد زیر است :

۱- پیشگیری مثل آموزش، تغییر وضعیت، مراقبت مشکلات

۲- روشهای اصلاح کننده مثل تشویق به مصرف مایعات، دادن داروها

گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه‌ای از فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید. چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| ۱. گزارش تعویض شیفت | change of shift reports |
| ۲. گزارش تلفنی | Telephone reports |

- | | |
|-----------------------|------------------|
| ۳. گزارش انتقالی | Transfer reports |
| ۴. گزارش حوادث اتفاقی | Incident reports |

- * یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود.
- * راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است.
- * گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.
- * راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند.
- * در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.
- * با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.
- * در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

✱ اطلاعات واضح است

✱ اطلاعات صحیح است

✱ اطلاعات دقیق است

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

✱ چه موقع تماس گرفته است؟

✱ چه کسی تماس گرفته است؟

✱ با چه کسی صحبت شد؟

✱ چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال: ساعت ۱۰:۲۲ pm مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۳,۲ میلی اکسی والان گزارش نمود.

محمدی, پرستار بخش

تاریخ, امضا

دستورات تلفنی:

- * این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.
- * دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستوران پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند.
- * بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.
- * وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.

نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

- ✱ چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتما سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمایید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- ✱ بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمایید.
- ✱ هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید.
- ✱ تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمایید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمایید.
- ✱ لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد.

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود. هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

- ✱ نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
- ✱ خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
- ✱ وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
- ✱ تشخیصها، مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی پرستاری
- ✱ هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
- ✱ پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان (موسسه درمانی) :

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.

گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

۱. توصیف دقیق واقعه
۲. زمان حادثه
۳. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
۴. زمان اطلاع به پزشک مسئول
۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
۶. درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

درد:

کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده

شدت درد: شدید: ۸-۱۰ متوسط ۴-۷ خفیف: ۱-۳

-----۰-----۱-۲-۳-----۴-۵-۶-----۷-۸-----۹-۱۰-----

درد بسیار شدید شدید متوسط خفیف فقدان درد

دوره درد: درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر

عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد

واکنشهای رفتاری، آشکارسازی فیزیولوژیکی

تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون و واکنش مددجو

دارو درمانی :

اسم دارو و شکل دارو و مقدار دارو و راه مصرف دارو و زشمان مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز

داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو

دارو درمانی:

اسم دارو و شکل دارو و مقدار دارو و راه مصرف دارو و زشمان مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو

به طور مثال: اینفوزیون داروهای mix

SC inj, IM inj: <----- مکان تزریق

IV line <----- موضع IV line ورید سفالیک بخش قدامی دست راست-----

ID inj -دوز مصرفی جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق

Drug Error و امتناع از مصرف دارو:

گزارش اشتباه و دوز و روش تجویز و زمان و فرد و حذف دز و داروی تاریخ گذشته و طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار

Procedures Record

Oxygen Therapy

- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی
- میزان اکسیژن درمانی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

Wound Dressing

- ناحیه زخم
 - وسعت و اندازه زخم
 - نزدیک بودن لبه های زخم
 - وجود یا عدم وجود ترشح
 - رنگ و نوع و میزان ترشح
 - وجود درن
 - نوع محلول شستشو
- واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی درن-----> توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

Bladder Catheterization

- هدف از سنداژ مثانه
- نوع سند جهت سنداژ
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از سنداژ
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه

-
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

N.G.T insertion

گاواژ:

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاواژ: متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاواژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش ممدجو

لاواژ:

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.
- واکنش مردمکها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
 - محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
 - محتوی ناقص یا بی ثبات
 - محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
 - محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
 - وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
 - امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
 - تحریف گزارش
 - وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
 - ناخوانا بودن گزارش
 - درهم برهمی و کثیفی گزارش
 - جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
 - رونویسی اشتباهات
-
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
 - لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
 - ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

توجه، توجه، توجه، توجه

- پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- چهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند
- چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جددا ممانعت بعمل آورید.
- در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

۲۷ نکته مهم گزارش نویسی پرستاری

- ۱- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود ، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.
- ۲- به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .
- ۳- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- ۴- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. ساعت ۱ بعدازظهر را به صورت ۱۳۰۰
- ۵- جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید. (چنانچه بالای برگه های چارت علایم حیاتی از ذکر ساعت خودداری گردد، در ثبت کلیه موارد اعم از روزانه ، ساعتی و موردی قابل استفاده می باشد).
- ۶- با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود .
- ۷- مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول شیفت است.
- ۸- در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.
- ۹- کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات داروئی اجرا شده ثبت نمائید. (نام دارو ، دوز داروئی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو).
- ۱۰- با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان (شروع ، ادامه ، قطع دارو و یا اعمال جراحی و...) کمک کننده باشد حتماً "گزارش نمائید".
دکتر لیلا نیسی استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی دزفول

- ۱۱- با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.
- ۱۲- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- ۱۳- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید.

- ۱۴- در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ با ز دارد ، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه ، تنظیم و کنترل نمائید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید.
- ۱۵- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات (0 & 1) دارد ضروریست پس از محاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمائید . ضمناً " جمع ۲۴ ساعته (0 & 1) در برگه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز ثبت شود.
- ۱۶- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو ، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید .
- ۱۷- ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ۱۸- از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.
- ۱۹- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.

دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:

۱-۱۹ بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.

۲-۱۹ در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.

۳-۱۹ تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

۲۰- گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید.

مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:

۱-۲۰ در صورت اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه شده است .

۲-۲۰ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .

۳-۲۰ حذف نکات مهم گزارش.

۴-۲۰ ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.

۵-۲۰ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.

۶-۲۰ تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.

۷-۲۰ اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین

۲۱- انحصاراً" در گزارش مراقبتهائی را که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید.

۲۲- از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.

۲۳- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.

۲۴- در صورتیکه بیمار شفاها" مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاً" گزارش نمائید.

۲۵- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار (یا صفات ناخوشایند) بپرهیزید.

۲۶- اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقاً" ثبت نمائید .

۲۷- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید.

برخي از موارد قصور در پرستاران به ترتيب تکرار :

اجراي اشتباه درمان

-سقوط بیمار و قصوردر ثبت آن و نداشتن صداقت

-اشتباهات دارويي

-قصور در مشاهده کردن و ثبت صحيح مشاهدات

-بکارگيري تجهيزات ناقص و معيوب

-قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال

-سوختگي ها

-قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات

-قصور در تعیین هویت بیماران و شناسايي بیمار

-قصور در نگه داشتن اطلاعات محرمانه بیماران

-قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت بموقع

-قصور در گزارش بموقع به پزشك

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه :

- دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و بیمارستانها حق ندارند از دانشجویان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.
- ۲-هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمرو تعیین شده برای پرستار ' نباید توسط وی انجام شود.
- ۳-پرستاران در نگهداری بیماران ناتوان و نابینا و سالمند باید از محدود کننده های فیزیکی استفاده کنند.
- ۴-برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ' پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتي بیمار مطمئن و ایمن و سالم هستند.
- ۵-وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شوند و به سرپرستار و مقام مافوق کتبا گزارش شوند.
- ۶-در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد ' فوراً به پزشك یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود .
- ۷-هر گونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته و کتبا گزارش شود.
- ۸-بیماران مرتب کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشك و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ۹-شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کرد.

۹- شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کرد.

۱۰- اولین وظیفه پرستار حمایت از بیمار است اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشك گزارش دهید ' در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب ' یا وسط روز) .

۱۱- از بکارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید . در صورت بروز خطا از سوي آنان ' دادگاه پرستار را مجرم می‌شناسد.

۱۲- اگر در دستورات پزشك جای سوال است ' نمیتوانید آنرا بخوانید ' ناکامل است و یا احتمال می‌دهید به بیمار آسیبی برساند ' در اطمینان از صحت آن بکوشید .

۱۳- به منظور حفاظت خود ' تمام تماس‌هایتان با پزشك را ثبت کنید (با تاریخ و ساعت).

۱۴- اگر شما به عملکرد سو یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید ' در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت میشود.

۱۵- اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی اسناد و مدارك بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد .

۱۶- در دادگاه فرض بر اینست که اگر چیزی نوشته نشده باشد ' یعنی انجام نشده است .

۱۷- خطاهای دارویی ' سقوط ' خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن گاز و وسایل در بدن بیمار ' اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ' مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستار هستند.

۱۸- هیچگاه از بحث در باره نکات ضعف خود با مافوق نهراسید ' مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید ' نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعایتان مبني بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.

۱۹- هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشك نپردازید مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص . از نظر قانونی تنها پزشکان حق اینکار را دارند (رو در بایستی ممکنست به بیمار آسیب برساند) .

۲۰- وقتی بیمار از شما میخواهد که نظرتان را در باره درمان او اظهار کنید ' از قبول آن سرباز زنید و از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال میرود بیمار از آن دریافت سو کند ' اجتناب کنید.

۲۱- هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب ' آن را امضا نکنید .

۲۲- کمبود امکانات اعم از تجهیزات ' نیروی انسانی و.. را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید ' بصورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق گزارش کنید و يك نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگه دارید .

۲۳- هر چيزي كه ساير همكاران پرستار ' پزشك و... براي ارزيابي بيمار لازم دارند را چارت كنيد.

۲۴- گزارش يك واقعه را بطور كامل ثبت كنيد .

۲۵- براي دستورات مبهم و اشتباه ' تهيه و وضع خط مشي هاي مخصوص بيمارستان جهت مراجعه پرستار در مواقع ضروري ' عقلي ' منطقي و اخلاقي است

پرستاری علم طلب ، عدالت محور و اخلاق مدار باشید