

گزارش نویسی اورژانس

دکتر حجیت شفائی

# تعریف

- تفسیر، شرح و تفصیل خبر یا کاری که انجام شده است.
- اطلاعات از فردی که می داند، به فردی که نمی داند و نیازمند دریافت اطلاعات و آگاهی از آنها می باشد، انتقال داده می شود.

# حقوق دانان

عملکرد پرستار اورژانس = ثبت عملکرد

# اهداف گزارش نویسی

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
  ۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
  ۳. تهیه صورت حساب مالی
  ۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
  ۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
  ۶. نظارت ، کنترل و ارزشیابی سیستم های مراقبتی، درمانی و بهداشتی
  - ۷- پاسخ گویی به مسائل قانونی
  - ۸- ارزیابی و کسب اطلاعات تاریخی
  - ۹- پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی
  - ۱۰- اعتبار بخشی
- سازمان بهداشتی و درمانی با استفاده از گزارش های ثبت شده ، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید

# خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

- ۱- دقت
- ۲- حقیقت
- ۳- کامل و مختصر
- ۴- پویایی
- ۵- سازماندهی شده و منظم
- ۶- محرمانه

# حقیقت (Fact)

✓ گزارش صحیح باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی در مورد آنچه که گزارش دهنده می‌بیند، می‌شنود، احساس می‌کند و می‌بوید، باشد. زیرا اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی‌گردد.

✓ از کلماتی مثل به نظر می‌رسد، ظاهراً و سایر کلماتی که ابهام دارد، نباید استفاده شود چرا که این کلمات نشان می‌دهد که گزارش دهنده حقایق را نمی‌دانسته است.

## مثال

گزارش غلط: بیمار مضطرب به نظر می‌رسد.

گزارش صحیح: بیمار ابراز می‌کند "احساس می‌کنم عصبی هستم و نمی‌توانم خودم را کنترل کنم". ضربان قلب وی بالا است (۱۱۰)، نمی‌تواند روی کار خاصی تمرکز کند، مدام راه می‌رود و به دنبال همراهی خود می‌گردد.

# دقت (Accuracy)

■ گزارش دهنده باید تنها اطلاعاتی را که خود از طریق مشاهده و معاینه بدست آورده گزارش کند و باید توجه داشت که رفتار بیمار تفسیر نشود. موارد ثبت شده در مورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضای تیم سلامت بتوانند به آن اعتماد کنند.

## مثال (۱)

**گزارش غلط:** بیمار مقدار کافی مایعات مصرف کرد.  
**گزارش صحیح:** میزان مایعات دریافتی (intake)، 360ml بود.

## مثال (۲)

**گزارش غلط:** زخم بزرگ روی شکم به خوبی بهبود یافته است.  
**گزارش صحیح:** زخم ناحیه ربع تحتانی سمت راست شکم ۵cm طول دارد و بدون قرمزی، در ناژ یا تورم می باشد.

# چند نکته برای رعایت دقت در گزارش نویسی

✓ باید از علائم اختصاری (Abbreviation) استاندارد استفاده شده و نیز هجی دقیق آنها رعایت گردد.

✓ در گزارشات مختلف در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است.

✓ عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء و مهر گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت باشد.

# کامل و مختصر بودن

اطلاعاتی که در PCR ثبت می‌گردد، بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته‌های مختصر درک آسانی دارد و نوشته‌های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می‌کند.

## نمونه ای از گزارشات کامل بیمارستانی

گزارش طولانی:

انگشتان پای چپ بیمار گرم و صورتی رنگ به نظر می‌آید. هیچ نوع التهابی وجود ندارد. برگشت خون کاپیلری فعلا خوب است. نبض دورسالیس پدیس در پای چپ قوی حس می‌شود.

گزارش مختصر:

انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن‌ها نشان می‌دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید. نبض دورسالیس پدیس قوی، ۴+ دو طرفه و بدون التهاب است.

# گزارش جامع و کامل

۱۲:۴۵: بیمار با سابقه Mi قبلی ، اظهار میدارد که از حدود نیم ساعت قبل بدنبال فعالیت chest pain دارد و از تهوع ، استفراغ ، تعریق و تنگی نفس شاکی است ، با وجود مصرف ۲ عدد TNG دردش تسکین نیافته و همچنان درد دارد و بدنبال این درد شدید با اورژانس تماس گرفته است .

# جاری بودن (Currentness)

■ بایستی اطلاعات مهم و مراقبت‌های انجام شده را در اولین فرصت ثبت شود و به وقت دیگری موکول نشوند. یعنی ثبت گزارشات بر حسب زمانی که اتفاق افتاده انجام شود. به همین دلیل باید این گزارش تا آخرین لحظات نوبت کاری پرستار بسته نشده و امضاء نگردد.

■ فعالیت‌ها و وقایعی که بایستی به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل موارد زیر است:

- علایم حیاتی
- تجویز دارو و اقدامات درمانی
- تغییر در وضعیت سلامت و هوشیاری
- پذیرش، انتقال، لغو ماموریت یا مرگ بیمار
- درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

# سازماندهی و محرمانه بودن

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرم‌های مخصوص استفاده گردد.

## یادداشت سازمان‌بندی نشده:

بیمار درد شدید را در ۱/۴ تحتانی شکم بیان می‌کند که به پزشک مرکز اطلاع داده شد شکم بیمار در لمس حساس و سفت بوده و صداهای روده با گوشی شنیده نمی‌شود. در دق شکم دال می‌باشد. دستور انتقال سریع + سرم تراپی داده شد. هنگام قرار گرفتن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو چپ شدت درد به حداقل می‌رسد.

## یادداشت سازمان‌بندی شده:

بیمار درد شدیدی در ۱/۴ تحتانی شکم بیان می‌کند که هنگام چرخیدن افزایش می‌یابد و در حالت خوابیده به پهلو چپ به حداقل می‌رسد. شکم بیمار در لمس حساس و سفت و در دق دال می‌باشد. صداهای روده با گوشی شنیده نمی‌شود. با پزشک مرکز مشورت گردید و انتقال سریع + سرم تراپی، در دستور کار قرار گرفت.

# انواع روش های گزارش نویسی

✓ ۱- داستانی: ثبت وقایع، مراقبت ها و گفته های بیمار به ترتیب

✓ ۲- SOAPIE

✓ ۳- مشکل مدار

✓ ۴- بر اساس فرآیند پرستاری

✓ ۵- بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی

# گزارش بر اساس استانداردهای اعتباربخشی

## پذیرش بیمار

- ✓ ثبت نام و نام خانوادگی بیمار
- ✓ ثبت تاریخ و ساعت ورود (پذیرش بیمار) به بخش
- ✓ ثبت شکایت اصلی بیمار (علت مراجعه به بیمارستان از زبان بیمار)
- ✓ ثبت علت بستری بیمار (تشخیص های اولیه پزشکی و اقدامات مورد نیاز)
- ✓ ثبت نحوه ورود بیمار به بخش (پای خود، ویلچر، برانکارد و...) و محل حضور قبلی بیمار (منزل، بخش، اتاق عمل و...)
- ✓ ثبت وضعیت هوشیاری با استفاده از معیارهای ابلاغی بیمارستان، ساینز و واکنش به نور و مردمک ها و علایم حیاتی در زمان پذیرش
- ✓ ثبت وضعیت سلامت جسمی بیمار ( نتیجه معاینات فیزیکی انجام شده)
- ✓ ثبت وضعیت سلامت روحی بیمار (آرام ، مضطرب و...)
- ✓ ثبت سابقه مصرف دارویی بیمار و اقدامات انجام شده

# گزارش بر اساس استانداردهای اعتباربخشی

✓ ثبت ریسک بیمار از نظر زخم بستر و اقدامات انجام شده با توجه به معیار برادن

✓ ثبت ریسک بیمار از نظر سقوط از تخت و اقدامات انجام شده با توجه به معیار مورس

✓ ثبت ریسک بیمار از نظر اقدام به خودکشی و اقدامات انجام شده با توجه به  
**Scale Persons Sad**

✓ ثبت ریسک بیمار از نظر ترمبوآمبولی و اقدامات انجام شده با توجه به معیار ولز

✓ ثبت ساعت اطلاع به پزشک جهت ویزیت ، نام پزشک ، ساعت حضور پزشک

✓ ثبت موارد آموزش داده شده به بیمار و یا همراهان حین پذیرش بر اساس حداقل های ابلاغی (نکات ایمنی بهداشتی و پیشگیرانه، قوانین و مقررات بخش و بیمارستان، معرفی تیم درمان و افراد شاغل در بخش، نحوه انتقاد ، پیشنهاد و شکایات، دستبند شناسایی و...)

✓ سایر موارد (طبق موارد ذکر شده در گزارش نویسی در حین بستری)

# گزارش هنگام انتقال

- ✓ ثبت علت انتقال
- ✓ ثبت ساعت انتقال
- ✓ ذکر تیم همراه بیمار
- ✓ ثبت شرایط بیمار در زمان و حین انتقال
- ✓ ثبت تجهیزات همراه در زمان انتقال
- ✓ ثبت نتیجه ی انتقال
- ✓ ثبت ساعت برگشت ( و در صورت عدم برگشت، علت عدم برگشت)
- ✓ ثبت شرایط بیمار هنگام بازگشت مجدد به بخش

# گزارش احیای قلبی

- ✓ ثبت زمان ارست قلبی ریوی، ثبت زمان اطلاع به تیم احیا، ثبت زمان شروع عملیات احیا، ثبت زمان حضور تیم احیا بر بالین بیمار
- ✓ ثبت نام افراد حاضر در عملیات احیا، ثبت نوع احیاء انجام شده (پایه و پیشرفته)
- ✓ تعداد دفیبریلاسیون، انرژی
- ✓ ثبت سرم، دارو و تجهیزات استفاده شده در حین احیا با ذکر دوز و تعداد و روش تزریق
- ✓ در صورت انجام هر گونه پروسیجر، ثبت نوع پروسیجر انجام شده و شخص انجام دهنده
- ✓ زمان لوله گذاری، واکنش مردمک ها به نور و سائیز
- ✓ در صورت فیبریلاسیون، ثبت نوع و میزان شوک و فرد شوک دهنده و واکنش بیمار نسبت به شوک
- ✓ مدت زمان احیا، نتیجه احیا، زمان اتمام احیا

# گزارش ترخیص

✓ ثبت نوع ترخیص (موقت و دائمی) (با دستور پزشک ،  
با رضایت شخصی و...)

✓ ثبت زمان ترخیص

✓ ثبت وضعیت بیمار هنگام ترخیص (هوشیاری، علائم  
حیاتی، وضعیت ظاهری و اتصالات، وضعیت حرکتی)

✓ ثبت آموزش های داده شده ( داروها ، فعالیت ،  
تغذیه، مراجعه بعدی ، مراقبت های بعد از ترخیص )

# گزارش درد

OPQRST

# گزارش مربوط به اکسیژن تراپی

- ✓ دلایل شروع اکسیژن درمانی
- ✓ روش اکسیژن درمانی
- ✓ میزان اکسیژن درمانی
- ✓ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- ✓ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی مانند عوارض و یا میزان **O2sat**
- ✓ فقط در صورت انجام اکسیژن درمانی برای بیمار به هر روش اعم از استفاده از دستگاه ونتیلاتور و یا ... لازم است موارد فوق در هر شیفت ثبت گردد.

# گزارش مربوط به ناحیه زخم و پانسمان

- ✓ محل زخم، علت زخم، وسعت و اندازه ی زخم، نزدیک بودن لبه های زخم ، وجود یا عدم وجود ترشح ،رنگ و نوع و میزان ترشح
- ✓ نوع محلول شستشو و ضد عفونی و...
- ✓ تعداد گاز خیس شده ناشی از ترشحات زخم
- ✓ نوع پانسمان استفاده شده(فشاری-معمولی- نوین و...)
- ✓ واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب، درد و احساس نگرانی
- ✓ در صورت داشتن درن توجه به خونریزی، فیکس بودن و عملکرد مناسب آن
- ✓ فرد یا افرادی که در تعویض پانسمان مداخله داشته اند

# گزارش مربوط به ترانسفوزیون خونو فرآورده های خونی

✓ علت درخواست خون و فرآورده های خونی

✓ تعداد کیسه خون و فرآورده های خونی تزریق شده

✓ حجم خون و فرآورده های خونی تزریق شده

✓ واکنش بیمار به تزریق خون و فرآورده های خونی

✓ سایر موارد در فرم درخواست خون، فرم تحویل کیسه از بانک خون و فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده های خونیکه دونسخه ای می باشد و باید مشخصات آن توسط پرستار به طور کامل، صحیح و دقیق تکمیل شود، ثبت می گردد، که یک نسخه آن، ضمیمه پرونده و نسخه دیگر تحویل آزمایشگاه می شود. در صورت تکمیل دقیق و صحیح این فرم ها، نیاز به ثبت گزارش اضافه تری نیست.

✓ در فرم درخواست خون و فرآورده های خونی، لازم است حتما، نام و نام خانوادگی نمونه گیر و نحوه شناسایی بیمار، ثبت و مهر و امضا شود

# گزارش آموزش به بیمار

- ✓ ثبت نیازهای آموزشی بیمار در شیفت (نیاز های ابراز شده با توجه به سوالات وی و نیاز های احساس شده با استفاده از حداقل های ابلاغی)
- ✓ ثبت نام فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده
- ✓ ثبت عنوان محتوی آموزش داده شده
- ✓ ثبت نتیجه آموزش ارائه شده به بیمار (شامل واکنش بیمار نسبت به آموزش)

# ثبت حوادث غیر مترقبه

✓ فرار، سقوط، حساسیت، آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی و ...

✓ ذکر ساعت، توضیحات و اقدامات انجام شده

✓ اطلاع به سوپروایزر کشیک بیمارستان و سپس مسئول ایمنی بیمار بیمارستان جهت پی گیری و تشخیص موارد قانونی و انجام اقدامات لازم

✓ ثبت اقدامات انجام شده ایمنی، حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار، قبل و بعد از حادثه

# بیماران پر خطر

- ✓ بیماران در معرض خطر سقوط با معیار مورس
- ✓ بیماران در معرض خطر زخم فشاری با معیار برادن
- ✓ بیماران در معرض خطر ترومبوزوریدهای عمقی با معیار ولز
- ✓ بیماران در معرض خطر خودکشی با معیار سد پرسنس
- ✓ بیماران در معرض خطر پلی فارمسی ( چند دارویی)
- ✓ بیماران در معرض خطر سوءتغذیه با معیارهای مشخص ارزیابی تغذیه ای

# گزارش شفاهی

- گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت و درمان بیماران می باشد
- **reports Change of shift** گزارش تعویض شیفت
- **Telephone reports** گزارش تلفنی
- **reports Transfer** گزارش انتقالی
- **reports Incidents** گزارش حوادث اتفاقی

# دستورات تلفنی Telephone Orders (TO)

دستورات تلفنی می باید بر روی برگه دستورات پزشک طبق خط مشی مرکز درمانی منتقل شود و در زمان مناسب پزشک آن را امضاء نماید. اگر پرستار شک نماید که دستور تلفنی صادر شده صحیح نمی باشد، از همکار دیگری بخواهد آن دستور را گوش دهد.

مثال ثبت دستور تلفنی:

دکتر پردی: با کد ۵۶۰۳  
ساعت ۱۳:۳۰ <----->> order: AMP. LAZIX 1  
IVLIN  
Perl TNG 3 >>q5min

# راهنمای دستور تلفنی

- برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک، مجدداً از وی بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند..
- پس از اتمام دستورات پزشک، دستورات وی مجدداً بازگو شود.
- طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل: تاریخ و زمان دستور داده شده، نام بیمار، پرستار، پزشک به طور کامل و دستور داده شده، نوشته شود.
- از مقررات سیستم پیروی کنید. در بعضی سیستم ها، دستورات شفاهی بایستی توسط دو همکار کنترل و امضاء شود.
- براساس مقررات بعضی از سیستم ها ، پزشک مسؤو ل دستور تلفنی، دستورات نوشته شده را بایستی امضاء کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی)

# گزارش به اعضاء خانواده يا نزديكان بیمار

گروههای مختلف پزشکی و پرستاری نقش مهمی را در مورد دادن اطلاعات بیمار به خانواده و یا نزدیکان وی دارند. پرستاران باید به بیمار توضیح دهند که خانواده ی وی حق دارند در جریان وضعیت بیمار قرار گیرند. گزارش وضعیت بیمار به خانواده ی وی باید به شیوه مؤدبانه و با مهربانی و صداقت و با توجه به درك آن ها باشد.



# 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.
- جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند
- چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نماید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.

# دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه

- بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است.
- تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

# نکات مهم در گزارش نویسی صحیح ادامه ...

✓ از اضافه کردن مواردی به گزارش موجود، بدون ذکر این که این مورد بعداً اضافه شده خودداری کنید.

✓ در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشد ضروریست پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.

✓ کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی ثبت شود این اطلاعات شامل نام دارو، مقدار دارو، راه تجویز، تاریخ و ساعت شروع، زمان استفاده دارو و نام دهنده دارو است.

✓ با توجه به تشخیص بیماری، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری و تصمیم گیری برای درمان موثر باشد را گزارش نماید.

## نکات مهم در گزارش نویسی صحیح ادامه ...

✓ از تصحیح عبارت اشتباه در گزارش به وسیله لاک، پاک کن و یا سیاه کردن آن ها خودداری نمایید و در این موارد باید بر روی مورد اشتباه خط کشیده به طوری که قابل خوانده باشد و در قسمت بالای مورد اشتباه یا در مقابل آن بنویسید اشتباه است و بعد اسم و سمت خود را نوشته و امضاء کنید و بلافاصله مورد درست را اضافه نمایید.

✓ از انتقاد دیگران در گزارش خودداری نمایید. در صورت نیاز به نقل قول از سوی بیمار عین کلمات بیمار گزارش شود و از تغییر آن خودداری شود.

✓ در صورتی که بیمار، شفاهاً مسئولان بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید به صورت مکتوب گزارش نمایید.

# نکات مهم در گزارش نویسی صحیح ادامه ...

✓ از توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیزید.

✓ در بین مطالب مندرج در گزارش جای خالی باقی نگذارید.

✓ از به کارگیری واژه های مبهم و لغاتی مانند: خوب، متوسط، نرمال، کافی و ... خودداری شود و از جملات قابل اندازه گیری استفاده شود.

✓ در صورتی که بیمار از خوردن دارو امتناع می کند با ذکر دلیل در پرونده قید نمایید.

# انواع گزارش نویسی از نقطه نظر موضوع

- 1- گزارش توضیحی
- 2- گزارش تحلیلی
- 3- گزارش ارزشیابی

# مشکلات بالقوه قانونی در ثبت 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

# مشکلات بالقوه قانوني در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوي گزارش با استانداردهاي حرفه اي
- محتوي گزارش منعكس کننده نيازهاي بيمار نباشد
- محتوي ناقص يا بي ثبات
- محتوي توصيف کننده موارد غير عادي نباشد
- محتوايي كه منعكس کننده دستورات طبي نباشد.
- وجود خط و فضاي خالي بين خطوط ثبت شده گزارش نويسي
- امضاء گزارشات تهيه شده پس از امضاء فرد ديگر
- تحريف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهيه يك مورد گزارش

# توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

✓ عدم انجام فعالیت های خارج از حیطه و شرح وظایف تعیین شده

✓ توجه به بیماران ناتوان، نابینا ، سالمند و بی قرار و استفاده از محدودکننده های فیزیکی

✓ اطمینان از سالم بودن تجهیزات

✓ در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح، اطلاع داده شود.

✓ هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته شده و کتباً گزارش شود.

✓ کنترل مرتب بیماران و گزارش فوری و ثبت

✓ شکایات بیمار، به خصوص شکایت از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از پایداری وضعیت بیمار و رفع درد، موضوع را پیگیری نمایید.

# توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- ✓ گزارش موارد فوری به پزشک در هر ساعت از شبانه روز (مانند ناخوانا بودن دستور) و ثبت ساعت
- ✓ خودداری از به کارگیری افراد غیرحرفه ای جهت کارهای تخصصی
- ✓ اگر درگیر مسایل دادگاه شوید بهترین حامی ، اسناد و مدارک به جا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد.
- ✓ معمولا خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن وسایل در بدن بیمار، سوختگی با کوتر، زخم ، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ، مشاهدات ناکافی، از جمله علل دادگاهی شدن پرستاران هستند.
- ✓ هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضاء نکنید.
- ✓ از سیاستها ، خط مشی ها، قوانین و مقررات ابلاغی داخل بیمارستان آگاه باشید، زیرا مراجعه و استناد به آنها در مواقع ضروری، عقلانی، منطقی و اخلاقی است.

# توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه

- ✓ زیرا در صورت ارتکاب خطا، ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی، در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.
- ✓ 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، به صورت کتبی و طی چند نوبت، به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگهدارید.
- ✓ هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید، زیرا از نظر قانونی تنها پزشکان حق این کار را دارند.
- ✓ وقتی بیمار از شما می خواهد که نظرتان را درباره درمان او اظهار کنید، از قبول آن خودداری کرده و از بیان هر جمله یا عبارتی که احتمال می رود، بیمار از آن دریافت سوء کند، اجتناب نمایید.

# شایع ترین موارد حضور پرستاران در محاکم قضائی

- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت علائم حیاتی بیمار
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت اقدامات انجام شده به دنبال اختلال در علائم حیاتی
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت صحیح زمان انجام پروسیجرها و یا مراقبتهای انجام شده برای بیمار
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت گزارشات شفاهی مابین پرستار و پزشک و یا سایر کادر بالینی

# شایع ترین موارد حضور پرستاران در محاکم قضائی

- ✓ سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت در ثبت آن.
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت داروها و مراقبتهای دارویی
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت زخم ها و سوختگی ها
- ✓ قصور در گزارش دادن به موقع شرایط بیمار، نتایج پاراکلینیک و مشاوره ها و... به پزشک و ثبت آن.
- ✓ غفلت در ثبت جزئیات (کلی و یا ابهام گویی).
- ✓ هرگز از بحث درباره مشکلات با مافوق، دچار ترس و نگرانی نشوید.
- ✓ مسئولیتهایی که برای آنها آمادگی ندارید ، نپذیرید.

# یادآوری

- ✓ نوشتن نام خانوادگی و سمت، امضاء ، خط کشیدن در پایین گزارش
- ✓ خوانا و مرتب بودن
- ✓ خودکار آبی با مشکی
- ✓ ساعات شبانه روز به صورت ۱-۲۴
- ✓ استفاده از چارت های علایم حیاتی
- ✓ ثبت دستورات اجرا نشده پزشک
- ✓ در مورد دستورات داروئی: ( نام دارو ، دوز داروئی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو) و گزارش عوارض جانبی دارو

# یادآوری

✓ ثبت میزان مایع دریافتی

✓ ثبت دقیق ساعت مشاهده علائم مهم یا اجرای مراثبت های ویژه

✓ عدم ثبت مراقبتهای پرستاری قبل از اجرای آنها

✓ از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش، به وسیله لاگ و یا سیاه کردن آنها، اجتناب نمائید.

✓ از تحریف گزارشات پرستاری، خودداری کنید.

# یادآوری

- ✓ مراقبتهایی که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید.
- ✓ حتی الامکان از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید
- ✓ در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.
- ✓ در صورتی که بیمار شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید، دقیقا گزارش نمائید.
- ✓ از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار ( یا صفات ناخوشایند ) بپرهیزید.
- ✓ اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقا ثبت نمائید.
- ✓ در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری، جای خالی باقی نگذارید.

# موارد مهم

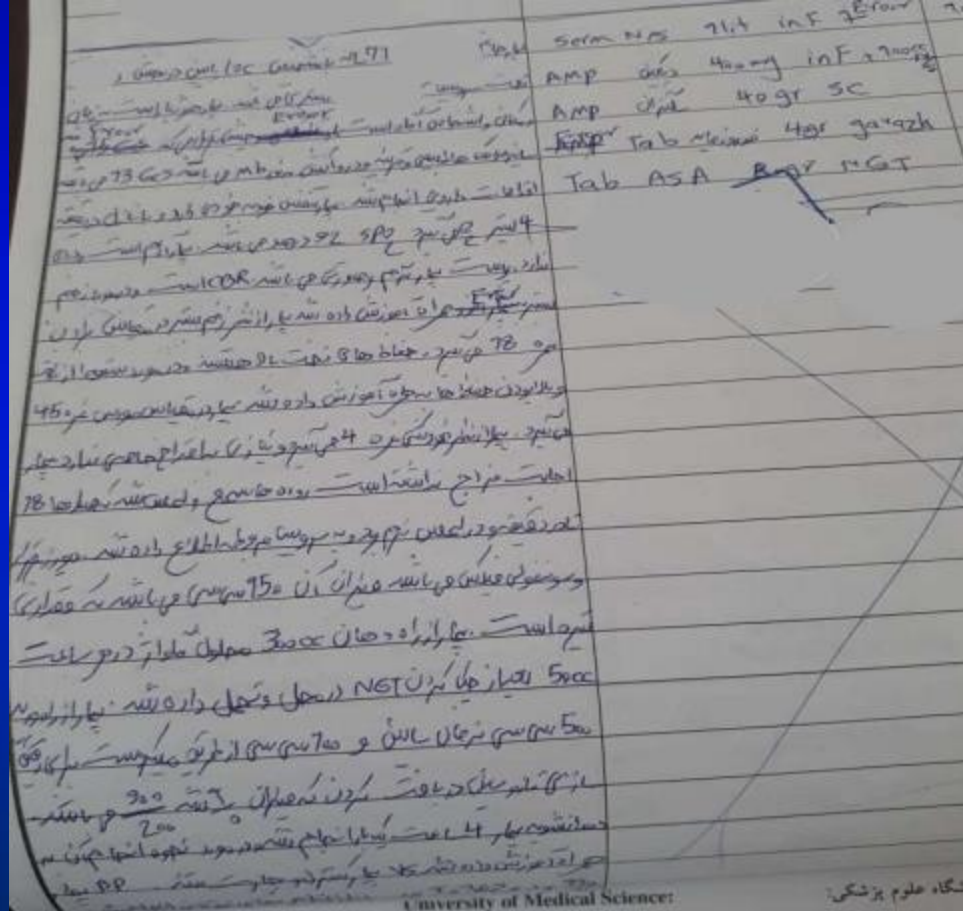
- ✓ پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد، بهترین مدافع شما می باشد.
- ✓ اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود، به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- ✓ جهل به قانون، رفع مسئولیت نمی کند.
- ✓ چنانچه حزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید، اثبات صحت اقدامات انجام شده، آسانتر خواهد بود.
- ✓ تناقضات موجود در پرونده، که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنید.

# موارد مهم

- ✓ 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 وجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- ✓ از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید

# PCR

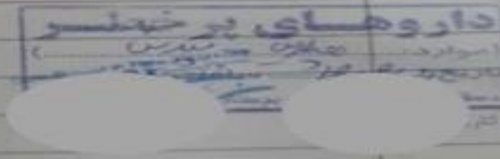
- ✓ در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار، مشخصات وی را با دقت تکمیل نمایید.
- ✓ انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید و به این ترتیب، جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.
- ✓ مسئولیت هر گزارش فقط و فقط بر عهده ی پرستار ثبت کننده خواهد بود، پس بهتر است برای دفاع از خودمان، هر آنچه که درست است، بنویسیم.



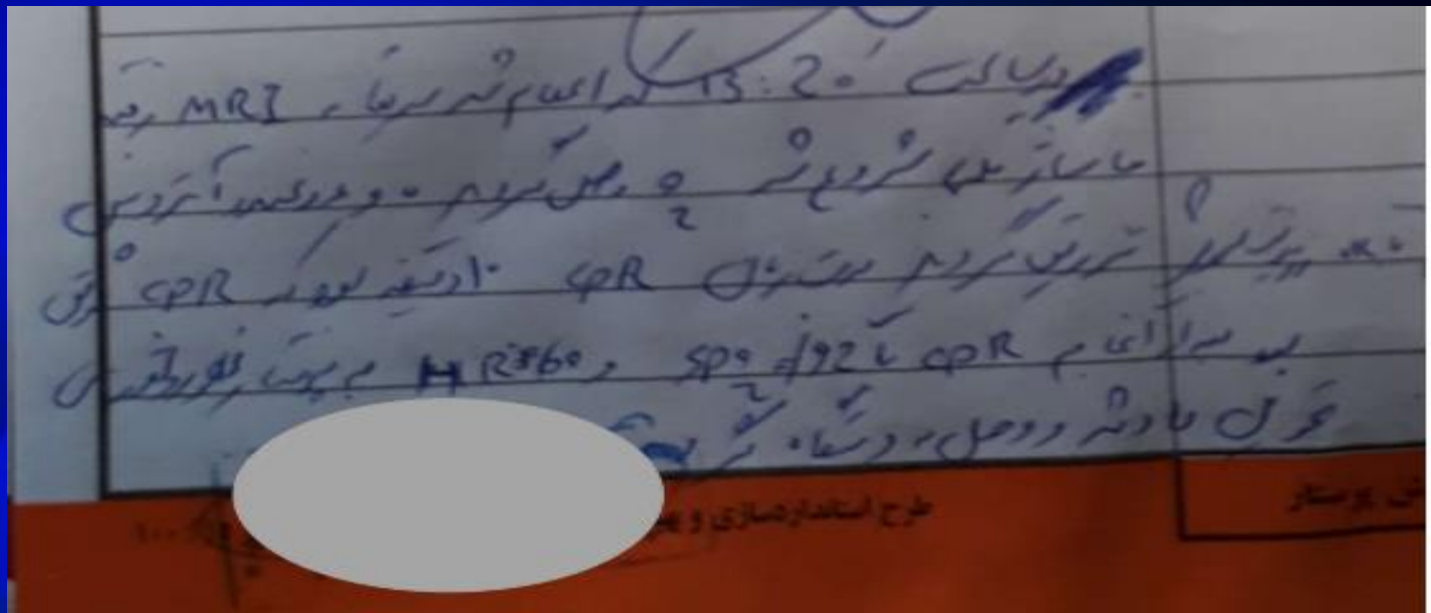
- ۱- خط خوردگی های متعدد در گزارش پرستاری
- ۲- برخی خط خوردگی و ERRORها صحیح و برخی ناصحیح انجام شده است
- ۳- گزارش صحیح و دقیق I/O
- ۴- ثبت ناصحیح موارد آموزش داده شده به بیمار
- ۵- تناقض در گزارش نویسی در زمینه ثبت میزان هوشیاری (دقیق نبودن)



Date of Admission	Age	Date of Birth	Father Name
۲۰۰۸	9	۲۳	
Observation & Signature of Nurse	Medical Procedures	Time	
...	Ser 12/3 1000	20	10-KMG
...	Ser N.S 1000 + Amp	22-24	
...	Amp 20mg	21	
...	Ser N.S 1000 + Amp	19-04	
...	Ser N.S 1000 + Amp	22	
...	Amp paracetol 40mg	1	



- ۱- سازماندهی خوب گزارش
- ۲- دقیق نبودن گزارش در زمینه دیورز
- ۳- نا معلوم بودن پیگیری های انجام شده در خصوص هموگلوبین پایین بیمار در گزارش



### نکات قابل توجه در گزارش:

- ۱- عدم ثبت زمان و نوع ایست قلبی تنفسی (فقدان نبض یا فقدان تنفس)
- ۲- عدم ثبت زمان شروع احیاء قلبی ریوی
- ۳- عدم ثبت لوله گذاری تراشه و نحوه اکسیژن تراپی
- ۴- عدم ثبت دقیق اقدامات انجام شده دارویی و درمانی، سرمها و پروسیجرهای حین احیا و اقدامات تشخیصی
- ۵- عدم ثبت سطح هوشیاری و واکنش مردمکها -

