

به نام خدا

اصول گزارش نویسی در پرستاری

تهیه و تنظیم: واحد آموزش مرکز

پاییز 1400

تعریف گزارش نویسی:

تعویض و تبادل اطلاعات در مورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند. برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی - درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد.

اهداف گزارش نویسی

1. برقراری ارتباط

اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی ، درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

2. برنامه ریزی مراقبتی

براساس اطلاعات ثبت شده در گزارش، وضعیت بیمار و پیشرفت برنامه درمانی و مراقبتی ارزیابی و برنامه مراقبتی جدید طراحی می شود.

3. برآورد کیفیت

براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد.

4. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

5. آموزشی

گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

6. تحقیقی

پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

7. تاریخی

اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

روش های گزارش نویسی

سیستم های ثبتی متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارند، که این سیستم ها معمولا توسط سرویس های پرستاری و با توجه به سیاست های سازمان انتخاب می شوند. در یک موسسه باید یک سیستم ثبت یکسان مورد استفاده قرار گیرد. برخی از روش های متداول گزارش نویسی عبارتند از:

الف: گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی: در این روش گزارش نویسی اطلاعات طبقه بندی شده؛ و پزشک، پرستار، مسول آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برکه خاص خود گزارش را می نویسند. در این صورت برکه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود.

ب: گزارش نویسی به روش SOAPIE:

S: Subjective Data (مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار) این بخش گزارش شامل مشکلات، علائم یا نشانه هایی است که بیمار با زبان خود بازگو می کند. در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه این که مشاهده کننده حرف های بیمار را تعبیر کند. در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکارش نمی باشد این بخش از گزارشات خالی می ماند.

O: Objective Data (مشاهدات عینی): این بخش از گزارشات شامل مشاهداتی (اطلاعاتی) است که دیده، شنیده و احساس می شوند؛ به وسیله بوئیدن و لمس کردن بهدست می آیند یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند درجه حرارت یا گوشی؛ یافته های رادیولوژی، آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی به دست می آیند. در این قسمت به الگوهای ارتباطی بیمار نیز توجه می شود. مثلا بیمار ناراحت یا گوشه گیر است یا پرخاشگری می کند، یا این که با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد.

A = Assessment (بررسی اطلاعات به دست آمده): این بخش از گزارش شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خودشان را درباره بررسی ها صادقانه در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار بنویسند.

P = Planning (برنامه ریزی): پس از بررسی نیازهای بیمار و اولویت بندی آنها، برنامه ریزی جهت رفع نیازهای بیمار انجام می گیرد. این بخش از گزارش شامل برنامه ریزی های انجام شده می باشد.

I = Intervention (اجرا): بعد از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل، شناخت مشکل و برنامه ریزی، برنامه ها اجرا می شوند که در گزارش ثبت می شوند.

E = Evaluation (ارزشیابی): ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا در اجراء موفق بوده اند یا نه، در گزارش ثبت می شوند.

ج گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار: (problem-oriented medical record) P.O.M.R

در این روش، تاکید روی مشکل طبی بیمار و مراقبت از اوست. در این روش نه تنها درمان های بیمار ثبت می شوند، بلکه دلایل معالجات و مراقبت ها نیز ذکر می شوند. در این روش یک گزارش باید شامل موارد زیر باشد: اطلاعات پایه، لیست مشکلات، طرح های اساسی، گزارش پیشرفت بیماری

د: گزارش نویسی به روش گام به گام: این گزارش در واقع شامل گزارشات زیر است که به ترتیب اولویت و بر اساس شرایط بیمار نوشته می شود: گزارش پذیرش بیمار، گزارش بدو ورود، گزارش تغییر شیفت، گزارش قبل از عمل، گزارش ریکاوری، گزارش بعد از عمل، گزارش آموزش به بیمار، گزارش ترخیص، گزارش فوت

ه: گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری: در این روش گزارشات بر اساس تشخیص های پرستاری نوشته می شوند. تشخیص اساساً جمله یا عبارتی است که وجود وضعیت نامطلوبی را مشخص می کند. پرستاران براساس قوانین کار پرستاری، مسئول تشخیص و درمان واکنش های بیماران به مشکلات بهداشتی هستند. تشخیص های پرستاری عمدتاً به قسمت هایی مربوط می شوند که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده اند و بدون همکاری پزشک یا دیگر اعضاء تیم مراقبت های بهداشتی انجام می شوند. تشخیص های پرستاری سه نوع هستند: موجود، بالقوه، احتمالی

خ: گزارش داستانی: در گزارش داستانی کلیه وقایع، مراقبت ها و گفته های بیمار بدون آن که از فرایند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود، به ترتیب ثبت می شوند.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت 6 نکته در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، و اجرای مناسب مراقبت های پرستاری الزامی است.

1. حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند. از استفاده کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

مثال: گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

2. دقت در گزارش نویسی :

موارد ثبت شده درمورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال :

گزارش صحیح: بیمار 360cc مایعات (آب) مصرف نموده است. **گزارش غلط:** بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5cm طول دارد. **گزارش غلط:** زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.

3. کامل بودن گزارش :

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.

4. پویا بودن گزارش :

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد.

فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل :

1. علائم حیاتی
 2. تجویز دارو و اقدامات درمانی
 3. آماده کردن بیمار برای تست های تشخیصی
 4. تغییر در وضعیت سلامت
 5. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
 6. اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار
- ### **5. سازماندهی گزارش :**

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

6. محرمانه بودن گزارش :

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

قوانین ثبت گزارش

• مندرجات (Content)

- اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی باشد. یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.

-از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.

-از به کاربردن کلمات کلی مانند « امروز به نظرم بهتر است » خودداری شود. برای ثبت گزارش می توان از معیار یک تا ده استفاده نمود.

-ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و پاسخ بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود.
-کلیه مشاوره های طبی بایستی ثبت گردد تا پرستاران دیگر نیز از آن آگاهی یابند.
-از به کاربردن کلمات کلیشه ای و یا مبهم در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.
- در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید.
اگر از طریق تلفن مشکل مورد نظر مطرح می گردد، پرستار شاهد که به هنگام مکالمه حضور داشته، نیز گزارش را باید امضاء نماید. همچنین اگر جهت حل مشکل با مدیر پرستاری نیز تماس گرفته شده باید ثبت گردد. ثبت این نوع گزارش در موارد قانونی موجب حمایت از پرستار و سایر مراقبت کنندگان مرکز درمانی می گردد.

• زمان بندی (Timing)

همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد. در صورتی که وضعیت بیمار وخیم باشد، ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد. ساعت باید به صورت چهار فاکتوره ثبت گردد. مثال (12:01)

• چارچوب برگه ها (Format)

ثبت گزارش باید بر روی برگه های طراحی شده مناسب صورت گیرد. برای نوشتن می توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد. در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود. از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت های مشترک استفاده شود. تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود. مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

• امضاء مسئول و یا پاسخ گویی (Accountability)

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید نام و نام خانوادگی و عنوان خود را نوشته و امضاء نماید. بر روی هر صفحه، نام و مشخصات بیمار ثبت شود. قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود.

• رازداری (Confidentiality)

بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن ها محرمانه بماند. دانشجویان پرستاری باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند.

در مراکز آموزشی - درمانی، دانشجویان می توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه ای خود استفاده نمایند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند.

گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد در این نوع گزارش، پرستار خلاصه‌ای از فعالیتها و شرایط بیمار را (در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت) به پرستار دیگر منتقل می نماید.

ارائه گزارش شفاهی به اشکال مختلف صورت می گیرد.

1. گزارش مشکل بیمار

ارائه گزارش به واحد یا بخش های مورد نیاز بیمار صورت می گیرد. این گزارش ها تأکید بر مشکل بیمار دارد. هر نوع مشکل بیمار به صورت ذیل باید ارائه شود:

- مشکل مراقبتی بیمار همراه با تشخیص پزشکی و پرستاری
- یافته هایی که مشکل را کاملاً شرح می دهد.
- مداخلات انجام شده در روز و میزان موفقیت آن برای حل مشکل

2. گزارش تغییر وضعیت بیمار

بسیاری از گزارشات پرستار در طول نوبت کاری، مربوط به تغییر وضعیت بیمار می باشد که به سرپرستار و یا دیگر پرستاران گزارش می شود. راهنمای اصلی گزارش تغییر وضعیت بیمار، بر مبنای یافته های قابل اندازه گیری است و نشان دهنده میزان تغییر وضعیت می باشد.

مواردی که می باید در این گزارش ارائه شود عبارت است از:

- 1- مشخصات فردی بیمار که تغییر وضعیت داشته است.
- 2- میزان تغییر وضعیت بیمار با توجه به یافته های قابل اندازه گیری اولیه ارائه شود.
- 3- علائم و نشانه های عوارض بالقوه بیان گردد.
- 4- هر گونه مداخله انجام شده همراه با نتایج آن بیان شود.

3. گزارش به پرستار دیگر

در این نوع گزارش، گزارش دهنده و گیرنده هر دو پرستار می باشند. برای این گزارش از فرآیند پرستاری استفاده می شود.

4. گزارش به پزشک

هنگامی که پرستار به پزشک گزارش می دهد باید از تشخیص های پزشکی استفاده نماید. قبل از گزارش به پزشک، پرستار یافته های عینی و ذهنی و تغییرات بیمار را بررسی می کند سپس وضعیت بیمار را شرح می دهد. یافته های به دست آمده به گونه ای شرح داده شود که پزشک را در تعیین تشخیص پزشکی و معالجات مناسب کمک نماید.

چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود :

1. گزارش تعویض شیفت change of shift reports

2. گزارش تلفنی Telephone reports

3. گزارش انتقالی Transfer reports

4. گزارش حوادث اتفاقی Incident reports

گزارش تعویض شیفت :

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا به صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد زیرا 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. 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 مراقبت های دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی

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

اطلاعات واضح، صحیح، دقیق و خلاصه است. درموقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیماردر دسترس پرستار باشد تا هرگونه سوال پزشک ازجمله علائم حیاتی قبلی بیمار، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده شود.

راهنمای دستور تلفنی

1. به عنوان یک دستور کلی، دستورات تلفنی فقط در شرایط اورژانسی قابل قبول هستند.
2. دستورات تلفنی باید توسط پرستار مجرب و با گزارش صحیح شرح حال بیمار به روش ISBAR باشد.
3. دستورات تلفنی باید به طور کامل در برگ دستورات پزشک تحت عنوان Tell order با ذکر نام پزشک تاریخ و زمان دستور داده شده، ثبت شده و جهت صحت درک دستور، مجددا توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی، چک و اجرا گردد.
4. دستورات تلفنی بایستی توسط دو پرستار سمع، کنترل و امضا شود.
5. براساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثرتا 24 ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش انتقالی:

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبت های انجام شده را در برگه انتقال بنویسد. مثلاً موقع انتقال بیمار از بخش های ویژه و یا ریکاوری به بخشهای دیگر.

گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری نیز داده می شود. پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش انتقال مورد توجه قرار دهد:

1. نام و نام خانوادگی بیمار ، نام پزشک معالج و تشخیصهای پزشکی بیمار ، زمان و تاریخ انتقال
2. وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر
3. برنامه مراقبتي در حال حاضر
4. هرنوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
5. وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)
6. توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
7. نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش حوادث:

هدف از گزارش حوادث ، شناسائی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

1. نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.
2. به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.
3. هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.
4. برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
5. حادثه باید هرچه سریع تر به مسئول مربوطه گزارش شود.
6. حادثه باید در دفتر گزارش بخش نیز ثبت شود.

گزارش بدو ورود:

- ساعت و تاریخ ورود به بخش
- وضعیت هوشیاری بیمار حین ورود به بخش (با هوشیاری کامل، خواب آلود، گیج، بدون پاسخ)
- نحوه ورود به بخش (سرپایی، با ویلچر، با برانکارد و ...)
- شکایت اصلی بیمار (به زبان بیمار) و علت بستری (تشخیص یا تشخیص های پرستاری)

- در صورت داشتن خط وریدی یا هر گونه اتصالات (استومی، لوله تراشه، گچ گیری، بخیه) با ذکر محل دقیق آن ثبت شود.
- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل
- ثبت ارتقاء سلامت شامل سابقه بستری، بیماری زمینه ای، سابقه خانوادگی بیماری، سابقه عمل جراحی، چاقی، مصرف مواد مخدر و دخانیات
- ثبت حساسیت دارویی و غذایی و مصرف داروی خاص یا داشتن بیماری خاص در بخش توصیه های ISBAR (در هر شیفت)
- ثبت تهدید کننده های ایمنی مانند زخم فشاری، سقوط، ترومبوآمبولی، سوختگی ناشی از کوتر بر اساس نوع بخش. در مورد سقوط (خطر سقوط بیمار با ابزار موری ارزیابی گردید در ریسک متوسط قرار دارد اقدامات پیشگیرانه از قبیل آموزش نحوه خارج شدن از تخت، بالا نگهداشتن بد ساید دوطرفه و زدن مچ بند زرد با کد سقوط انجام شد. در مورد زخم فشاری (خطر زخم فشاری با ابزار برادن ارزیابی گردید در ریسک بالا قرار دارد اقدامات پیشگیرانه از قبیل تغییر پوزیشن هر دو ساعت، تغییر محل پروب هر دو ساعت، استفاده از تشک موج، جلوگیری از خیس و مرطوب و چروک بودن ملحفه بیمار انجام شد. (تهدید کننده های ایمنی در هر شیفت باید ثبت شود)
- ثبت وضعیت روحی بیمار و خلق و خو در بدو پذیرش و در هر شیفت. (در بیمار علائمی دال بر اختلال خلقی مشاهده نشد یا اگر مشاهده شد باید علامت رفتاری مشاهده شده و اقدامات صورت گرفته ثبت شود)
- ثبت حمایت خانواده و مددکاری اجتماعی (در صورت داشتن مشکل، ثبت در گزارش پرستاری برای پیگیری و ثبت در HIS) (با عنوان جملاتی مانند نیاز به مددکار اجتماعی دارد یا تحت حمایت خانواده است)
- ثبت رژیم غذایی و میزان تحمل آن
- نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک.
- ثبت دستورات داده شده.
- ثبت اقدامات پاراکلینیک انجام شده به همراه ساعت شامل (آزمایشات، گرافی ها، مشاوره ها و EKG و ...)
- ذکر مشکلات بر اساس علائم حیاتی، علائم عینی و ذهنی و تشخیص های پرستاری.
- ثبت اقدامات مراقبتی انجام شده
- ارزیابی مجدد و ثبت نتایج اقدامات انجام شده
- ثبت آموزش های داده شده به بیمار و ارزیابی اثر بخشی آن (نحوه ثبت در گزارش بدو ورود بیمار: آموزش در موارد ... داده شد و اثر بخشی آموزشهای ارائه شده ارزیابی گردید موثر بود یا موارد ... مجدد آموزش داده شد. نحوه ثبت در گزارشهای بعدی: اثر بخشی آموزش های داده شده در شیفت قبل ارزیابی شد موثر بود یا موارد ... مجدد آموزش داده شد.

■ ثبت گزارش تحویل به شیفت بعدی بر اساس ISBAR

گزارش بیماران بستری

- ساعت تحویل بیمار و وضعیت بیمار حین تحویل بالینی از جهت شناسایی، هوشیاری و وضعیت خلقی و علائم حیاتی و اتصالات
- ثبت هرگونه تغییر در وضعیت بیمار و ساعت اطلاع به پزشک و نام پزشک ویزیت کننده
- ثبت دستورات داده شده توسط پزشک
- ثبت پروسیجرهای انجام شده
- ارزیابی مجدد و ثبت نتایج مداخلات صورت گرفته
- ذکر مشکلات بر اساس علائم حیاتی، علائم عینی و ذهنی و تشخیص های پرستاری.
- ثبت تهدید کننده های ایمنی (تعیین میزان خطر بر اساس ابزار مورد استفاده و اقدامات پیشگیرانه)
- ذکر موارد آموزش داده شده به بیمار و ثبت اثر بخشی آموزش های داده شده.
- ثبت گزارش تحویل به شیفت بعدی و در صورت انتقال به بخش دیگر بر اساس ISBAR شامل:
Identification: شناسایی بیمار - Situation: توضیح وضعیت فعلی - Background: توضیح بیماری زمینه‌ای - Assessment: ارزیابی میزان وخامت حال بیمار و تشخیص‌های محتمل - Recommendations: توصیه در مورد اقدامات بعدی و پیگیری‌ها

گزارش قبل از عمل:

- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل بیمار به اطاق عمل
- ثبت وضعیت هوشیاری بیمار حین تحویل
- ثبت تمام لاین‌ها و اتصالات بیمار
- آمادگی‌های قبل از عمل مانند شیو، دستبند شناسایی، NPO و ...
- ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و وسیله انتقال (سرپایی، ویلچر و یا برانکاردر)
- ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از عمل
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ
- ثبت برگ رضایت آگاهانه، جواب آزمایشات، گرافی‌ها، ECG و ...

گزارش ریکاوری:

- ثبت ساعت ورود به ریکاوری
- سطح هوشیاری و نوع بیهوشی داده شده
- علائم حیاتی
- بررسی درد (شدت و محل آن) و اقدامات در جهت مدیریت و کاهش درد

- دامنه حرکتی بیمار و نیز کلیه قسمت‌های بدن از نظر سوختگی با کوتر و یا سایر عوارض حین عمل
- ثبت نوع عمل انجام شده
- مشکلات و عوارض مانند خونریزی، تهوع، استفراغ و آژیتاسیون و اقدامات مراقبتی برای حل مشکلات
- ثبت لوله‌ها، درن‌ها و سایر اتصالات بیمار
- میزان برون‌ده ادراری و درناژ لوله‌ها
- ثبت تحویل نمونه‌های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست

گزارش بعد از عمل:

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ثبت نوع عمل جراحی انجام شده
- ثبت وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی و ارزیابی درد
- ثبت اتصالات بیمار شامل لاین‌ها و لوله‌ها و درن‌ها و ذکر عملکرد آنها و میزان درناژها
- ثبت چگونگی پانسمان محل عمل
- کنترل میزان برون‌ده ادراری از نظر حجم، رنگ و ...
- دستورات پزشکی اجرا شده
- ذکر مشکلات بیمار بر اساس علائم حیاتی و علائم عینی و ذهنی و تشخیص‌های پرستاری
- اقدامات مراقبتی انجام شده
- ارزیابی مجدد
- ذکر موارد آموزش داده شده به بیمار و ارزیابی اثر بخشی آن

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

گزارش فوتی

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی ، عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد نا گهانی)
- ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر میگردد)
- ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد .
- باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود .

گزارش ترخیص:

- ثبت علائم حیاتی و حال عمومی
- ثبت خارج نمودن لاین‌ها و اتصالات بیمار
- آخرین آزمایشات و رویت آن توسط پزشک
- آموزش های حین ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کند
- ، ساعت ترخیص و خروج از بخش
- در خصوص کودکان و بیماران با مشکل فکری-شناختی حتما قید شود که به بستگان درجه یک تحویل داده شد.
- در موارد با رضایت شخصی ثبت دستورات پزشک مبنی بر ترخیص با رضایت شخصی و گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- در صورتی که بیماری بدلیل مشکلات مالی ترخیص نمی‌شود باید تمامی اقدامات درمانی دارویی طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.

ثبت پروسیجرها

▪ اکسیژن تراپی

- 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 (ارزیابی مجدد)
- مراقبت از زخم و برش ناحیه جراحی

- 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
- توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

■ **سنداز مثانه**

- هدف از سنداز مثانه
- نوع سند جهت سنداز
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از سنداز
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداز مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

گذاشتن سوند معده:

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 مددجو

لاواژ:

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

■ گزارش درمان داخل وریدی

تاریخ و موضع وارد نمودن سوزن ، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین ، میزان قطرات و حجم سرم انفوزیون شده، در صورت تغییر محل آنژیوکت علت تغییر محل و یا عوارض مایع درمانی و موارد آموزش داده شده به بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

■ گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN)

سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر

■ گزارش مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، لیدهای استفاده شده، ریتم های خوانده شده ، اقدامات انجام شده

■ گزارش ترانسفوزیون خون

خون و فرآورده های خونی باید توسط دو پرستار بررسی و اطلاعات آن ثبت شوند. شناسایی صحیح بیمار؛ شماره پرونده؛ نوع و گروه خون، یافته های کراسمچ؛ شماره شناسایی بانک خون مندرج روی فرآورده خونی باید دقیقاً بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند. در انتقال خون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند:

1. نوع و میزان فرآورده خونی

2. تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون

3. نام پرستاری که اطلاعات را تایید کرده است

4. نوع و اندازه سوزن مورد استفاده

5. علائم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون

6. وسایل مورد استفاده برای تزریق

7. در صورتی که خون گرم شده یا رقیق شده قید آن ضروری است.

نحوه ثبت پیگیری بیمار تا 24 ساعت پس از شروع تزریق: 1- باید در کاردکس بیمار در قسمت توجهات پرستاری ثبت شود و 2- در قسمت پیگیری ها یا R در گزارش تحویل بیمار به روش ISBAR ثبت شود.

نکته: در صورتی که بیمار نسبت به انتقال خون واکنش نشان داد گزارش را به صورت ذیل می نویسیم:

1. نوع و مقدار خون یا فرآورده های خونی تزریق شده

2. زمان شروع و توقف انتقال خون

3. تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده در بیمار

4. ساعت اطلاع به پزشک

5. درمان هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

6. ثبت تکمیل برگ عوارض خون

رژیم غذایی

در ذکر رژیم غذایی 4 مورد حتما باید رعایت شود:

1. در کاردکس بیمار ثبت شود.
2. بالای سر بیمار ثبت شود.
3. به بیمار آموزش داده شود.
4. در گزارش پرستاری ثبت شود.

در گزارش باید نوع رژیم، اشتهای بیمار، علت امتناع از خوردن، مقدار غذای خورده شده و تحمل یا عدم تحمل تغذیه ثبت شود.

دفع

در گزارش کارکرد روده و دفع ادرار ثبت شود و موارد غیر طبیعی از جمله عدم کارکرد شکم، تغییر در رنگ و حجم ادرار یا مدفوع، نبود صداهای روده و .. ثبت شود.

درد

میزان درد (از 1-10 نمره داده شود)، محل و شدت درد، عوامل افزایش دهنده و کاهنده، اقدامات پرستاری انجام شده جهت کاهش درد و پاسخ بیمار باید ثبت شده و به اطلاع پزشک مربوطه رسانده شود.

وضعیت خواب و استراحت

بی خوابی ناشی از اضطراب، هر گونه اختلال در وضعیت خواب و استراحت بیمار، اقدامات پرستاری انجام شده جهت بهبود وضعیت خواب و پاسخ بیمار باید ثبت شده و به اطلاع پزشک مربوطه رسانده شود.

تغییرات رفتار بیمار

مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار شامل عکس العمل های جسمی، تغییرات خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری، تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار ثبت شود.

ثبت گزارش آموزش:

- نیازهای 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
- بکار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فراگیر باشد (نشان دادن، بیان کردن، بکار بردن صحیح وسایل)
- آموزش در مورد داروهای مصرفی، اثر، عوارض و اقدامات خاص و...
- ثبت تحویل مواد آموزشی از قبیل پمفلت، کتاب و ..
- آموزش در مورد محدودیت های خاص

نکات کلیدی در گزارش نویسی

- نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد.
- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .
- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید .
- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پیس میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید .
- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید .
- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید .
- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد .
- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید .
- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید .
- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید .
- انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید .
- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره هاو....)
- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید .
- شبکار باید در پایان شیفت خود جمع 24ساعته را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید .
- هرگونه علائم و نشانه ای که به پزشک اطلاع داده می شودرا ثبت نمایید .
- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و.... ضروری است.)
- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید .
- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید .
- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز)

- در صورت ندادن دارو به هر علت باید علت آن در بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود.
- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید .
- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
- بر روی مورد اشتباه فقط یک خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد .
- در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه « اشتباه » یا Error را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه « اشتباه» یا Error ادامه دهید.

از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

- اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است
- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- دوباره نویسی و یا تغییر گزارش
- اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین
- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد .
- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید .
- آموزشهای ارائه شده به بیمار و اثر بخشی آن را در گزارش پرستاری ذکر نمایید .
- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید .
- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد .
- در روش case method گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شده و مهر و امضا گردد مگر در مواردی که پرستار بالین بیمار را به قصد اعزام یا شیفت استراحت و ... ترک میکند در این موارد باید قبل از ترک، به پرستار جانشین خود تحویل دهد و در گزارش پرستاری ثبت کند.
- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود .
- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.

ISBAR

از روش ISBAR در زمان Hand-offs استفاده می شود.

Hand-offs چیست؟

انتقال مراقبت از یک ارایه کننده مراقبت به دیگری می باشد. مکانیسمی برای انتقال اطلاعات و مسوولیت ها و اختیارات از یک فرد یا گروه مراقبت بیمار به فرد یا گروه دیگری می باشد.
اهداف اجرایی بکارگیری ISBAR :

1. ارتباط شفاف ، مختصر ، دقیق و کامل مربوط به اطلاعات کلیدی بالینی بیمار
2. بهبود ایمنی بیماران و نتایج بالینی مراقبت از آنها
3. اجرای الزامات استانداردسازی در زمینه ارتباط مناسب برای تحویل بیمار در موارد پذیرش، انتقال بیمار، گزارش و تحویل شیفت ها و راندهای روزانه
4. بهبود ارتباط پزشکان ، پرستاران در مراقبت ها در موارد بحرانی و غیر بحرانی
5. بحث و تبادل نظر و تشریح مساعی با سایر بخش ها و واحدها در راستای تقویت همکاری بین بخش ها و واحدهای مرتبط با مراقبت بیمار

گام های اصلی ISBAR

گام اول:

Identification : شناسایی

در این گام ابتدا فرد نام و بخش خود را بیان می کند سپس نام بیمار و شماره اطاق آن را ذکر می کند و در نهایت دلیل اینکه تماس گرفته است را اظهار می نماید.

گام دوم

Situation: بیان وضعیت

در این گام مختصری از مسئله و مشکل بیان می شود.

گام سوم

Background : سابقه /زمینه

1. بیان تشخیص ، دلیل پذیرش و تاریخ پذیرش
2. بیان سابقه پزشکی بیمار
3. خلاصه و مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده اند
4. فهرستی از داروهای تجویز شده /آلرژی ها و حساسیت های فرد/ مایعات تزریق شده و غیره
5. علائم حیاتی بیمار
6. نتایج آزمایشگاهی : تاریخ و زمان تستهای انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی
7. آخرین علایم و یافته های بالینی بیمار

گام چهارم

Assessment : ارزیابی

در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل تسهیم و تشریح مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر.

در این مرحله موارد زیر بیان می شوند:

1. آخرین علایم حیاتی (V.S)
2. وضعیت منتال بیمار
3. تعداد تنفس و کیفیت آن / تعداد نبض و کیفیت آن
4. تغییرات در ریتم قلبی
5. درد
6. تغییرات عصبی
7. رنگ پوست
8. سطح اکسیژن

گام پنجم

Recommendation : توصیه ها یا پیشنهادات

در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی هستید؟ می خواهید برای این بیمار چه کاری را ؟ و چه موقع انجام دهید؟ شما را برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارید. توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

1. انتقال بیمار
2. تغییر درمان
3. آمدن بر بالین بیمار همین حالا!؟
4. صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد موضوع خاص
5. تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و ...
6. سایر پیشنهادات (شامل CBC, ERG, ABG, CXR و یا ...)
7. اگر نوع و یا روند درمان تغییر کرده است سوال کنید "هر چند وقت یکبار؟"
8. سوال کنید : اگر بیمار بهبود پیدا نکرد چه موقع دوباره تماس بگیرم؟

چکلیست پایش و ارزیابی اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی های مجدد و مستمر پرستاری

- 1 تشخیص های پرستاری براساس مشکلات موجود بیمار ثبت می گردد.
- 2 ارزیابی نهایی پس از انجام اقدامات پرستاری در گزارش ثبت می گردد.
- 3 توالی ثبت اقدامات پرستاری در ثبت نتایج ارزیابی های مجدد رعایت می شود.
- 4 نوع و ساعت کلیه اقدامات درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی ، انجام مشاوره توسط پرستار ثبت گردد.
- 5 نتایج ارزیابی مجدد پس از تجویز مسکن ها ثبت می شود .
- 6 نتایج ارزیابی مجدد پس از تحویل بیمار از اتاق عمل ثبت می شود .
- 7 نتایج ارزیابی مجدد پس از تغییر رژیم غذایی ثبت می شود .
- 8 ثبت نتایج ارزیابی مجدد تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک انجام شده است.
- 9 در صورتیکه دارو hold شده در قسمت مداخلات نوشته می شود .
- 10 کلیه آماده سازی های مربوط به هر بیمار قبل از هر تست تشخیصی ثبت می شود .
- 11 هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود .
- 12 اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند ، گزارش و ثبت گردد (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره و...)
- 13 ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار ثبت شده است .
- 14 در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی ، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون ، مقادیر ، علائم حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون ثبت می شود.
- 15 پیگیری انجام و دریافت آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی و مشاوره های بیمار و اطلاع آن به پزشک در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

منابع:

گزارش نویسی در پرستاری (قطب علمی آموزش الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با همکاری سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران)
گاید لاین گزارش نویسی
قالب گزارش نویسی