



جهت انتقال بیماران بین بخشها :

- ✓ حضور پرستار در زمان تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار
- ✓ تحویل پرونده (بخصوص کامل بودن فرم کنترل پرونده قبل از ترخیص بیمار) ، کاردکس ، به صورت کامل و مرتب و کنترل منشی بخش (در شیفت صبح و مسئول شیفت در عصر و شب) جهت چک و تایید کامل بودن آنها (منشی یا استاف بخش موظف است با سرعت پرونده راچک و تحویل گیرد
- ✓ انجام موارد Stat و پروسیجرهای اورژانس در بخش مبداء
- ✓ تمیز و مرتب بودن بیمار (در صورت تمیز نبودن ، تمیز نمودن آن به عهده پرستاری است که بیمار را تحویل می دهد)
- ✓ در صورت دستور داشتن IV line باید تاریخ ، کد پرستار و شیفت روی آن نوشته و بدون عارضه باشد .
- ✓ در صورت داشتن پانسمان ، پانسمان تمیز با تاریخ و کد پرستار باشد
- ✓ گزارش پرستاری کامل نوشته شده و موارد خاص در آن قید گردد
- ✓ پرونده ، گرافی ها ، دفترچه بیمه و به طور کل وسایل بیمار با دفتر تحویل و از بخش مقصد امضا گرفته شود

تذکر : بخشهای ویژه در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار ملزم به پذیرش و انجام کارهای درمانی بیمار با هر شرایطی می باشند ولی در صورتی که بیمار در رزرو بخشهای ویژه در بخش ها بستره باشد بر اساس دستورالعمل بالا تحویل داده شود .

تذکر : بعد از اتمام تحویل بخش مقصد حق هیچگونه اعتراضی ندارد و تمام موارد باید قبل از تحویل کنترل گردد .



جهت انتقال بیماران به اتاق عمل :

- ✓ بیمار NPO باشد
 - ✓ داشتن برگ رضایت عمل ، تکمیل فرم و برگه های مخصوص اتاق عمل
 - ✓ کنترل نتیجه آزمایشات و گرافی ها
 - ✓ کنترل مجدد تمام موارد درج شده در فرم مراقبت از عمل
 - ✓ در آوردن وسایل مصنوعی ، زیور آلات و نداشتن لاک ناخن
 - ✓ پوشیدن دستبند مشخصات الزامیست .
 - ✓ تحویل بیمار حتما با نظارت پرستنی پرستاری می باشد . { با دادن و یا گرفتن گزارش بطور دقیق (کتبی و شفاهی) }
- تذکر : لیست بیماران اتاق عمل در روز قبل به بخش تحویل داده می شود در غیر این صورت پرستار بیمار ساعت عمل جراحی بیمار را از بخش جراحی و یا اتاق عمل سئوال و در گزارش خود قید می نماید .

جهت تحویل بیمار از اتاق عمل :



- ✓ در زمان تحویل ، وضعیت جسمی و هوشیاری بیمار توسط پرستار بخش کنترل می شود .
- ✓ پرستار اسم بیمار را با پرونده مطابقت می دهد و با صدای بلند صدا می کند.
- ✓ پرستار فرم ریکاوری را به دقت کنترل می کند .
- ✓ کلیه ای درن ها، کاتترها، لوله ها و وسایل مورد نیاز دیگر بیمار را در زمان تحویل چک می کند.
- ✓ باز بودن راه هوایی و علایم حیاتی را کنترل می کند.
- ✓ هر مشکل حاد در حین عمل (شوک - خونریزی وسیع - ایست قلب) را سوال می کند.
- ✓ میزان مایعات تجویز شده، اتلاف خون و سایر موارد را کنترل می کند.
- ✓ - بیمار را به طور کامل می پوشاند.
- ✓ یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.

جهت انتقال بیماران بای مشاوره پاراکلینیک :



- ✓ هماهنگی با واحد پاراکلینیک مربوطه در داخل یا خارج از بیمارستان .
 - ✓ انجام اقدامات مربوطه به آمادگی قبلی در صورت نیاز
 - ✓ همراه داشتن پرونده (داشتن مدارک مورد نیاز واحد پاراکلینیک مربوطه الزامیست)
 - ✓ در صورتی که بیمار تالیوم اسکن و آنژیوگرافی قبلی انجام داده است ، جواب همراه بیمار باشد
 - ✓ در صورت نیاز به اکسیژن با رعایت دستورات پروتکل انتقال بیمار حتماً به واحد مربوطه اطلاع داده شود .
 - ✓ حضور بیمار بر در کنار بیماران ناتوان الزامی می باشد . (کار این بیماران با اولویت انجام می شود)
 - ✓ حضور پرستار در کنار بیماران بدحال الزامی می باشد . (کار این بیماران با اولویت انجام می شود)
 - ✓ تذکر : پرونده در پایان مشاوره بلا فاصله تحویل داده می شود .
- مهم: اگر واحد پاراکلینیکی در بیمارستان موجود نباشد . در صورتی که بیمار جهت اقدامات پاراکلینیکی به بیمارستانهای طرف قرار داد ازام می شود باید برگ درخواست پزشک در سرنخه یا دفترچه بیمه بیمار به همراه برگ قبول هزینه اقدام پاراکلینیکی ، پرونده بیمار و برگ اعظام تحویل پرستار مسئول اعظام گردد . جهت اعظام به سایر مراکز خارج از قرارداد باید برگ درخواست پزشک در سرنخه یا دفترچه بیمه بیمار به همراه پرونده بیمار و برگ اعظام بیمار تحویل پرستار مسئول اعظام گردد . (ضمیمه هزینه اقدام پاراکلینیکی در مراکز خصوصی باید توسط همراه بیمار در نظر گرفته شده باشد).

انتقال بیمار به بخش همودیالیز



- ✓ هماهنگی با بخش دیالیز

- ✓ همراه بودن پرستار با بیمار در حین تحویل الزامی می باشد .
- ✓ ارسال پرونده به همراه بیمار که دستور کتبی یا تلفنی نفرولوژیست جهت همودیالیز داشته باشد .
- ✓ در صورت نیاز به تزریق خون یا فرآورده های خونی ، قبل از شروع دیالیز توسط بخش مربوطه آماده و همراه بیمار به واحد دیالیز تحویل داده شود .
- ✓ داشتن جواب کتبی HBS Ag در پرونده بیمار
- ✓ کنترل راههای دستیابی عروقی بیمار در بخش مربوطه
- تذکر : جهت انتقال بیمار به هر بخش قبل از انتقال هماهنگی با بخش مربوطه انجام شود .

کاردکس :



هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس برای هر بخش ، ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است . همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات همه بیماران بخش را در کنار هم به ما می دهد . از یک کاردکس اطلاعات زیر قابل اخذ می باشد :

اطلاعات دموگرافیک بیمار ، نام پزشک معالج ، تشخیص پزشکی ، شماره تخت بستری ، اقدامات تشخیصی یا درمانی خاص مورد نیاز که در ساعت آینده باید انجام گیرد ، مانند : مشاوره ، رادیوگرافی و بیمارانی که در آن روز باید به اتاق عمل بروند و ...

دستورالعمل (وش ثبت در کاردکس)



نحوه تکمیل کاردکس :

- برای ثبت در کاردکس از سه قلم (خودکار قرمز ، خودکار آبی ، مداد) استفاده می شود .
- خودکار قرمز : برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند : حساسیت دارویی ، خطر خودکشی ، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی ، تزریق عضلانی ممنوع ، قطع نمودن دارو (EROOR DC) و ثبت به طور کلی اطلاعات خاص در مورد بیمار می باشد .
- خودکار آبی : برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی ، سن ، (در بخش نوزادان تاریخ تولد) شماره پرونده ، کد کامپیوتری ، نام پزشک معالج ، تاریخ و ساعت پذیرش ، علائم حیاتی زمان ادمیت ، نوع بیمه درمانی ، تاریخ و نوع عمل ، و داروهای سرم های تجویز شده می باشد .

مداد : برای ثبت موارد متغیر مانند : کلیه مراقبت های پرستاری و دستورات پزشک که باید پیگیری شوند از جمله : درخواست آزمایشات و رادیوگرافی های تشخیصی ، زمان انجام علایم حیاتی ، رژیم غذایی ، وضعیت حرکتی ، تغییر پوزیشن و ... می باشد .

نکات مهم :



مراقبت های پرستاری بر ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت می گردند :

- نحوه کنترل علائم حیاتی مشخص می شود .
- نحوه کنترل وضعیت هوشیاری مشخص گردد .
- نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن نوشته می شود .
- نوع راه هوایی مصنوعی و نحوه ونتیلاسیون بیمار (مد تنفسی) نوشته می شود .
- راه تغذیه بیمار در صورت داشتن NGT ، گاستروستومی و یا ژژنوسستومی نوشته می شود
- نوع لوله ادراری (فولی کاتتر F/C یا اکسترنال کاتتر E/C)
- کنترل I&O با ساعت محاسبه مانند ۱۲-۹-۶
- در ردیفهای بعدی برحسب مورد داشتن چست تیوپ ، وریدهای مرکزی ، آرتراپی ، دستور تغییر پوزیشن و ماساژ ، فیزیوتراپی و نوع آن و موارد دیگر نوشته می شود .
- در کاردکس اختصارات و اصطلاحات مجاز پزشکی آورده شود .

نحوه نوشتن دستورات پزشک در کاردکس به صورت ذیل می باشد :



- دستورات پزشک قبل از انجام با ذکر تاریخ با مداد در ستون مربوطه نوشته می شود .
- پس از انجام ، دستور با خودکار نوشته می شود .
- آزمایشات روزانه بیماران و یا آن هایی که چند بار در روز و برای مدتی انجام می شود با مداد در اولین سطر قسمت آزمایشات و دستورات با ذکر تاریخ و به صورت مدادی باقی می ماند .
- مثال : کنترل (6AM) FBS روزانه و یا کنترل Cr تاریخ های فرد و ...

دستورات دارویی :



این صفحه به صورت ذیل طراحی شده که یک نمونه فرضی آن براساس استاندارد آورده شده است .

تاریخ	نام دارو	راه مصرف	مقدار	ساعات دارو
۸۶/۷/۷	Amp ceftriaxon	IV	500 mg	6-14-22
				سرم تراپی
۸۶/۷/۷	Ser 1/3 2/3	inf	1000 cc 30 gtt/min	6-14-22

مواردی که دارو Hold می شود ، با مداد کلمه Hold و تاریخ آن در ستون دارویی نوشته می شود .

داروهای stat به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی می ماند و بعد از آن پاک می شود داروهایی که تغییر می یابند و یا قطع می شوند با خود کار قرمز روی آنها یک خط صاف کشیده شده در سمت چپ تاریخ و در سمت راست کلمه DC و نوشته می شود.

داروهایی که تغییر دوز دارند، بعد از DC نمودن در کاردکس دوز جدید نوشته می شود.

نکته:

در صورت پاکنوس کاردکس در بخش ، کاردکس قبلی پانچ و در فایل پرونده گذاشته می شود . فرد پاکنوس کننده نام و مشخصات خود را بایستی قید کند .

در صورتی که ادامه مراقبتها و یا دارو در پشت کاردکس نوشته می شود ، با علامت فلاش و جمله " به پشت صفحه دقت شود " موضوع یادآوری می شود

به طور کلی در کاردکس تمام کارهایی که باید انجام گیرد قید می شودو در پرونده کارهای انجام شده ثبت می شود . کاردکس باید تمیز نگه داشته شود و مطالب آن به صورت منظم قید گردد و همه پرستاران از الگوی هماهنگ استفاده نمایند.

برگه کاردکس شامل داروهای تزریقی و غیر تزریقی است و نیز شامل دستورات پزشکی و پرستاری به انصمام تعدادی از مشخصات بیمار است.

محل نوشتن سرم قسمت تحتانی داروهای تزریقی است. بایستی نوع سرم به علاوه احیانا" دارویی که باید به آن اضافه شود، حجم سرم، تعداد قطرات در دقیقه و ساعت شروع سرم قید شود. برای سرمهای KVO نیز ساعت شروع قید گردد.

کارت دارویی شامل :

نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره پرونده ، شماره تخت ، نام پزشک ، نام دارو ، دوز دارو ، راه مصرف ، تاریخ شروع ، تاریخ پایان ، نام و امضاء پرستار که باید به درستی ثبت شده و این کارتها در محلی که برای آن در نظر گرفته شد (با توجه به ساعت مصرف آن) قرار داده شود. کنترل کارتهای دارویی با کاردکس توسط پرستار مسؤول شیفت در ابتدای هر شیفت کاری انجام شده و تغییرات با توجه به ویزیتهای مجدد بیماران اعمال می گردد.

نحوه پذیرش بیمار در بخش

لازم است که پرسنل پرستاری در هنگام پذیرش بیمار موارد ذیل را (اعیت نمایند:

از ارائه پمپلت طرح تکریم به بیمار و یا همراهان اطمینان حاصل نمایند.

از آماده بودن اتاق بیمار مطمئن شوند.

دستور پزشک مبنی بر بستری بیمار را چک کنند.

- ◆ بروگ پذیرش (Admit) با شماره پرونده داشته باشد.
- ◆ خود را با نام فامیل به بیمار معرفی نمایند.
- ◆ مسئول بخش یا شیفت را به بیمار معرفی کنند و او را از وظایف وی آگاه سازند.
- ◆ بیمار را به اتاق و تخت مربوطه راهنمایی کنند.
- ◆ بیمار را به هم اتاقی ها و سایر کادر پرستاری معرفی نمایند.
- ◆ نحوه کار با زنگ اخبار را به او آموزش دهند.
- ◆ نحوه استفاده از چراغ روشنایی اتاق و چراغ خواب را به بیمار آموزش دهند.
- ◆ محل توالت و حمام را به بیمار نشان دهند.
- ◆ جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان دهند.
- ◆ در مورد ساعت غذا، نوع رژیم غذایی خاص بیمار و مقررات آن و مقررات منع مصرف سیگار به بیمار توضیح دهند.
- ◆ در مورد محدودیت ها، نیاز مندی ها و وسایل الکتریکی مجاز برای استفاده در بیمارستان با بیمار صحبت نمایند.
- ◆ در مورد سایر امکانات موجود در بیمارستان و محل نماز خانه، فروشگاه، کتابخانه، توزیع روزنامه، تریا و غیره بیمار را راهنمایی نمایند.
- ◆ از همراهان بخواهید که در محل مخصوص ملاقات کنندگان منتظر بمانند.
- ◆ خلوت بیمار را فراهم نمایند.
- ◆ لباسهای بیمار را طبق مقررات بیمارستان جمع آوری کنند.
- ◆ به بیمار در پوشیدن لباس مخصوص بیمارستان کمک کنند.
- ◆ بیمار را در وضعیت راحت در تخت و یا صندلی قرار دهند.
- ◆ درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار را به روش صحیح اندازه گیری کنند.
- ◆ در صورت لزوم قد و وزن بیمار را اندازه گیری و ثبت نمایند.
- ◆ شرح حال دقیق از بیمار گرفته شود.
- ◆ در پایان گزارش پرستاری را تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری را ثبت نمایند.

 **مواردی که باید هنگام تغییر و تمول شیفت (عایت گردد :**

تمویل بیماران از روی کاردکس (اقدامات مراقبتی و دارویی) بر بالین آنها :

- ✓ کنترل وضعیت تنفس و هوشیاری بیمار
 - ✓ کنترل بهداشت فردی بیمار
 - ✓ کنترل آنژیوکت از نظر فیکس بودن ، داشتن تاریخ (کمتر از ۷۲ ساعت) ، بررسی از نظر فلیت
 - ✓ کنترل سرمها از نظر : حجم باقیمانده ، حجم دریافتی (بر اساس دستور و مطابق با برگه I&O) ، داشتن بر چسب سرم (تنظیم قطرات ، ساعت شروع و پایان) ، نام پرستار ، نام و میزان داروی اضافه شده .
 - ✓ کنترل میکروسهها (داشتن بر چسب ، تاریخ تعویض ۷۲-۴۸ ساعت باشد .
 - ✓ کنترل سوند فولی از نظر فیکس بودن و بهداشت و حجم ادرار تخلیه شده و باقیمانده و ثبت در برگه I&O
 - ✓ کنترل NGT از نظر فیکس بودن و میزان ترشحات برگشتی و ثبت در برگه I&O
 - ✓ کنترل کلیه درنها ، کاتترها ، پانسمان و رعایت بهداشت و نظافت آنها
 - ✓ کنترل بیمار از نظر زخم بستر ، کبودی ، راش ، ورم ، ادم در اندامها
 - ✓ کنترل برگه علائم حیاتی از نظر ثبت مشخصات بیمار و علائم وی طبق دستور
 - ✓ کنترل بیمار از نظر پوزیشن ، وضعیت استراحت ، دهانشویه ، شیو و غرغره .
 - ✓ کنترل وضعیت درد بیمار و اقدامات انجام شده جهت تسکین درد .
 - ✓ اطلاع از کلیه اقدامات درمانی انجام شده در شیفت قبل
 - ✓ اطلاع از کلیه اقدامات درمانی که در شیفت جدید باید انجام شود.

کلیه موارد کنترل شده در حضور پرسنل دو شیفت باید مطرح شود و پس از اتمام تحویل هیچ مسئولیتی به عهده شیفت قبل نمی باشد.

تمویل وسایل و تجهیزات بخش از نظر مومود بودن و سالم بودن

تمویل وسیع

این کار در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار تحقیق شده انجام می شود.

- تحویل کلیه دستگاههای بخش شامل ECG، DC shock، ونتیلاتور، ساکشن، تشك مواج، فشار سنج و ثبت در دفتر تحویل وسایل. (و دیگر وسایل بخش)

تحویل گرفتن و کنترل داروها، لوازم مصرفی طبق لیست کنترل و تحویل دفاتر بخش

تحویل پکهای یانسман و سایر پکها

تذکر: هک الکتروشوک و ثبت استریپ در دفتر مربوطه

تمویل و کنترل ترالی کد :

داروهای ترالی کد از نظر تعداد و بررسی کمبودها و تاریخ انقضای طریقه نگهداری آنها در داخل و خارج از یخچال چک می گردد. وسایل ترالی کد از نظر تعداد ، تاریخ انقضای ، توجه به سایزهای مختلف اشاره شده در چک لیست .

کنترل تجهیزات ترالی کد مانند لارنگوسکوپ ، آمبوبگ ، چراغ قوه ، از نظر صحت عملکرد و وجود باطری و لامپ اضافه ، توجه به تاریخ انقضای ستهای پاسمان

توجه به نظافت کلی ترالی کد و سالم بودن چرخهای آن و باز و بسته شدن راحت دربهای آن وجود تخته CPR ، اکسیژن و مانومتر ، داشتن ماسک اکسیژن ، سوند رابط جهت آمبوبگ آماده بودن کامل آمبوبگ جهت CPR

یفچال دارویی :

برای کنترل یفچال دارویی بایستی موارد زیر در نظر گرفته شود :

از گذاشتن هر گونه مواد غذایی در داخل آن پرهیز شود .

ترموومتر در یخچال نصب باشد و چارت مخصوص درج دمای یخچال بر روی درب یخچال نصب و در سه شیفت ثبت گردد.

وجود NGT و قالبهای یخ (جهت ارسال ABG) در فریزر یخچال

درج تاریخ باز شدن ویالها ، شربتها بر روی آنها و توجه به مدت زمانیکه می توان آنها را در یخچال نگهداری شود.

استوک دارویی :

با توجه به سیاست هر بخش تعدادی دارو مانند (انواع مسکنها و داروهای اختصاصی هر بخش) در استوک دارویی موجود است که باید به تاریخ انقضای آنها توجه گردد.

نظافت بخش :

توجه به نظافت سطوح بالایی ، میانی و گوشه های بخش ، سرویسهای بهداشتی ، دربهای شیشه ای بخش ، یونیت بیماران (تخت ، لاکر bed table ، وسایل و تجهیزات اتاق مانند یخچال ، تلویزیون ، دستگاههای پزشکی ، مانومتر سانترال و پرتابل ، ونیلاتور ، مانیتورها ، انواع پمپها) ، پوشه های آلومینیومی پرونده ، کاردکس ، لوازم التحریر ، ایستگاه پرستاری ، تلفن و کامپیوتر ، سلطهای زباله و دقت در تفکیک زباله های عفونی از غیر عفونی ، safety box ، برانکارد ، ویلچیر ، میزها .

با توجه به سیاست هر بیمارستان کلیه بخشهای ذکر شده با محلولهای ضد عفونی رایج در هر بیمارستان به صورت روزانه نظافت و ضد عفونی می گردد.

لازم است در ابتدای هر دفتر روش تکمیل آن ثبت شودتا پرسنل نسبت به درج صمیع اطلاعات اقدام نمایند



دفتر تقسیم کار:

این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط مسؤول آن شیفت تکمیل می گردد.

تقسیم کار به روش case method انجام میشود. در این روش کلیه اقدامات مراقبتی و پرستاری از زمان ورود بیمار تا پایان شیفت کاری باید توسط پرستار مسؤول آن بیمار انجام شود. لازم به ذکر است در صورت نیاز می توان با هماهنگی مسؤول شیفت به کمک همکاران برخی اقدامات مراقبتی را انجام داد.

✓ مواردی را که باید در این دفتر ثبت نمود:

تاریخ و شیفت، تقسیم بیماران موجود و تختهای خالی از نظر ادمیت بیماران جدید همچنین تقسیم کارهای جانبی بخش مانند (تحویل و تحول وسایل بخش، نظارت بر امنیت بخش، کنترل ترالی کد، مواد مخدر، یخچال دارویی، استوک)



دفتر پذیرش بیمار:

برای ثبت مشخصات بیماران بستری و ترخیص شده به کار می رود و شامل موارد زیر است:

نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، علایم حیاتی اولیه (T، RR، PR، BP)، نام پزشک معالج، شماره پرونده، تاریخ و ساعت بستری، تاریخ و ساعت ترخیص، آدرس، شماره تماس، نام پرستار ادمیت کننده. و تشخیص نهایی



دفتر تمویل و تمول وسایل:

این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار مسؤول تکمیل می شود و شامل انواع تجهیزات و تعداد آنها می باشد در این دفتر صحت کار کرد تجهیزات یا اینکه در دست تعمیر بودن آنها نیز ثبت می گردد.



دفتر ثبت مواد مخدر:

در صورت استفاده از مواد مخدر برای بیمار این دفتر توسط پرستار مسؤول تکمیل می گردد.

مشخصات این دفتر برای بخشهايی که داروی مخدر خود را از داروخانه یا دفتر پرستاری تهیه می کنند:

تاریخ و شیفت، نام بیمار، تشخیص، نام پزشک، شماره پرونده، نوع ماده مخدر، دوز مصرفی آن، باقیمانده ماده مخدر، نام و امضاء پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده.

در صورتیکه بخش دارای مواد مخدر می باشد، علاوه بر مشخصاتی که در قسمت بالا ذکر شد در طرف دیگر دفتر موارد زیر بایستی ثبت گردد: تاریخ و شیفت، نام و دوز ماده مخدر، تعداد و تاریخ انقضایه، تعداد پوکه خالی، نام و امضاء پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده.



دفتر گزارش پرستاری:

این دفتر در پایان هر شیفت توسط مسؤول شیفت تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری در آن ثبت می شود:

در ابتدای دفتر تاریخ و شیفت، آمار تعداد کل بیماران بستری، تعداد پذیرش و ترخیص، تعداد انتقال و اعزام، تعداد عملها و تعداد فوتی ها و موارد قابل پیگیری و رویدادها ثبت می شود.

در انتهای گزارش بخش نام تحویل دهنده و تحویل گیرنده بخش و بیماران با ذکر نام، تاریخ و امضاء ثبت گردد.

برگ معرفی اوراق پرونده های بیمارستانی

پرونده هایی که برای بیماران بستری در بیمارستان در نظر گرفته شده است ، شامل تعدادی اوراق است که جهت آشنایی با آنها و نحوه تکمیل نمودن آن مختصر اوضاعیتی داده می شود .

لازم به ذکر است که مشخصات بیمار در بالای این اوراق بایستی در تمام صفحات با خودکار آبی تکمیل گردد، در صورت نداشتن منشی وظیفه پر کردن آن بر عهده پرستار بخش است.

برگ نمودار علائم حیاتی : COMPOSITE GERAPHIC CHART

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

قسمت تاریخ : روز بستری بیمار و روزهای بعد از آن نوشته می شود .

روزهای بستری : از روزی که بیمار بستری می شود تا روز ترخیص به ترتیب شماره ۱ الی را می گیرد .

روزهای پس از عمل : روزی که بیمار به اتفاق عمل اعزام میشود ، با خودکار قرمز OR نوشته می شود و روزهای بعد شماره ۱ الی ... را می گیرد .

نمودار علایم حیاتی : درجه حرارت بیمار با خودکار قرمز چارت می شود ، خط قرمز وسط صفحه نشان دهنده $T = 37^{\circ}\text{C}$ می باشد . نبض بیمار با خودکار آبی چارت می شود .

جذب و دفع مایعات : حجم مایعات خوراکی ، وریدی و خون در قسمت جذب و میزان ادرار و ترشحات دیگر در قسمت دفع تکمیل شده و در صورت دفع مدفع نیز آن قسمت علامت زده می شود . جمع ۲۴ ساعته I&O نیز ثبت می گردد. فشار خون و وزن بیمار هم در صورت لزوم روزانه ثبت می شود .

برگ شرح حال : MEDICAL HISTORY SHEET

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

این برگ برای بیماران اورژانس و برای بیماران الکتیو در بخش پس از بستری شدن توسط پزشک تکمیل می گردد . در این برگ شکایت اصلی بیمار ، تاریخچه بیماری قبلی و فعلی ، داروهای مصرفی ، اعیادات ، حساسیتها ، سوابق فامیلی ذکر شده و کلیه اندامها ی بیمار معاینه و در نهایت تشخیص اولیه بیمار ثبت می شود و دارای نام و امضاء و مهر پزشک معاینه کننده است .

برگ سیر بیماری : PROGRESS NOTES

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

در این برگ سیر بیماری از روز بستری تا روز ترخیص توسط پزشک معالج نوشته می شود و مهر و امضاء پزشک معالج نیز زده می شود

برگ دستورات پزشک : PHYSICAL ORDERS SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



این برگ توسط پزشک معالج پس از ویزیت و معاینه بیمار تکمیل می شود و باید دارای تاریخ و ساعت ویزیت و نام و امضاء و مهر پزشک باشد.

پرستار پس از کنترل مشخصات بیمار با مشخصات ثبت شده بالای صفحه بايستی این دستورات را وارد کاردکس و کارت دارویی نماید به این صورت که با خودکار خلاف رنگ در کناره شماره دستورات علامت (۷) زده و به صورت بالعکس از انتهای سمت بالا و در قسمت مقابل شماره می زند.

در قسمت انتهای دستورات ، تاریخ و ساعت و تعداد موارد چک شده را ثبت و نام و امضاء و مهر پرستار کنترل کننده زده می شود و سپس با کشیدن یک خط انتهای دستورات بسته می شود.

برگ گزارش پرستار : NURSES NOTES



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



این صفحه توسط پرستار مسؤول بیمار در حین شیفت کاری و به طور کامل برای بیمار نوشته می شود و در پایان شیفت بسته میشود. کلیه اقدامات دارویی انجام شده نیز بايستی با ذکر نام دارو ، دوز ، طریقه مصرف و ساعت آن نوشته شده و همچنین واکنش بیمار نیز پس از هر اقدام دارویی در قسمت مشاهده ثبت می شود.

بايستی تاریخ و ساعت نوشتن گزارش و نام و سمت و امضاء و مهر پرستار نویسنده گزارش در پایان آن زده شده و گزارش با کشیدن یک خط در انتهای آن بسته شود.

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی : PRE- OPERATION CARE SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



پرستار بخش پس از کنترل نام و مشخصات درج شده در بالای صفحه اقدام به تکمیل این برگ می نماید. پس از اعزام بیمار به اتاق عمل ، پرستار اتاق عمل پس از بررسی و اطمینان از صحت اقدامات انجام شده آن را تائید می نماید. داشتن نام و امضاء و مهر پرستار بخش و پرستار اتاق عمل در پایان این برگه الزامیست.

برگ بیهوشی : ANESTHESIA RECORD



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



این برگ توسط متخصص بیهوشی پس از پایان عمل تکمیل می گردد. مشخص نمودن کلاس بیمار الکتیو یا اورژانس مطابق با دستور العمل شماره ۱ الزامیست.

برگ گزارش عمل جراحی : OPERATION REPORT SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



این برگ در اتاق عمل توسط جراح و در پایان عمل تکمیل می گردد.

برگ فلاصه پرونده : UNIT SUMMARY SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



پس از دستور ترخیص بیمار ، این برگه توسط پزشک معالج تکمیل شده و خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده ذکر می شود .
نسخه اصلی این برگه در پرونده باقی مانده و یک کپی از آن به بیمار جهت مراجعات بعدی داده میشود.

برگ گزارش آزمایشگاه : LABORATORY REPORT SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



کلیه اوراق آزمایشگاهی توسط منشی بخش و در صورت نبودن منشی توسط پرستار بخش در این برگه چسبانده می شود ، به طوریکه اوراق به ترتیب تاریخ از قدیم به جدید چسبانده شده و برگه های جدیدتر ، رو قرار گیرند.

گزارش نویسی در پرستاری:



- 1-پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری نام خانوادگی ، سمت و امضا خود را وارد نمایید .
- 2-به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- 3-درشیفت صباح و عصر گزارش خود را با خودکار آبی و شب مشکی ثبت نمایید .
- 4-جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعت را بطور کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید . بعنوان مثال ساعت 1 بعداز ظهر را بصورت 00 : 13 و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت 15 : 09 ثبت نمایید.
- 5-علائم حیاتی ساعت 6 صباح و ساعت 6 بعداز ظهر(00: 18) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.
- 6-هرگونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شود .
- 7-چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود .
- 8-در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علته اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود .
- 9-مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید .
- 10-کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل : نام دارو ، دوز دارویی ، راه تجویز دارو ، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد) .
- 11-زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود .

12-در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود . (برخی از علل احتمالی عبارتند از : موجود نبودن دارو ، پایین بودن فشار خون بیمار و...)

13-با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری ، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد بخصوص در گزارش پذیرش بیمار حتماً قید نمایید .

14-گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار ، نحوه ورود(با پای خودش ، با برانکار ، توسط اورژانس 115 ، توسط همراهیان و ...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده میباشد

15-با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید .

16-انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید .

17-دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید .

18-در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع در یافته در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید .

19-در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود .

20-شبکار باید در پایان شیفت خود جمع 24 ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید .

21-ضروریست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار ، در اسرع وقت گزارش نماید .

22-ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد .

23-گزارش عملیات احیا قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود .

24-از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید .

25-گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خودگی نوشته شود .

26-از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید .

دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری
الف- بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما بنحوی که قابل خواندن باشد .

ب- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است

27-گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت

مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :

الف- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه گردیده است .

ب- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

ج- حذف نکات مهم گزارش

د- ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .

ذ- دوباره نویسی و تغییر گزارش

ر- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشها ی قبلي یا موجود

ز- اضافه نمودن مواردي به گزارشها ی سایرین

28- در گزارش نویسی انحصاراً ” مواردي را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته ايد ثبت نماید

29- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نماید .

30- در صورتیکه بیماری شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردي می نماید دقیقاً گزارش کنید .

31- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند بپرهیزید .

32- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نماید .

33- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضوری ، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید .

34- در بین و ابتدا و انتهای گزارش حای خالی باقی نگذارید .

35- در پایان گزارش از مهر نظام پرستاری استفاده کنید .

36- 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 .

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 ضروري است .

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

* چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمائید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود .

* بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نماید .

* هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید .

* تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نماید . نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمایید .

* لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاها توسط 2 نفر پرستار تائید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد .

* لازم است دستور تلفنی پزشک مربوطه بعد از ۲۴ ساعت به تایید پزشک مربوطه رسانده شود .

گزارش انتقالی:

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از 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 :

۱. نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک

۲. خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

۳. وضعیت سلامت فلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
۴. تشخیصها، مشکلات و طرحهای مراقبهای فلی پرستاری
۵. هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
پرستار تحولی 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 بلافصله 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

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 دفیریلاسیون و پس از دفیریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و اوت دفیریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیریلاسیون
- دارو درمانی (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