

NURSING RECORD & DOCUMENTATION LEGAL ASPECTS

عزت اله جمالی
سوپروایزر آموزشی و بالینی بیمارستان
شهدا لردگان

مهر ۱۴۰۳

Nursing Record & Documentation *legal Aspects*





محتوای جلسه

- ✓ آشنایی با برنامه کارگاه
- ✓ مقدمه و اهمیت ثبت و مستندسازی در پرستاری
- ✓ تاریخچه
- ✓ تعریف و واژه شناسی ثبت و مستندسازی
- ✓ جنبه های ثبت
- ✓ روش های ثبت و گزارش نویسی در پرستاری
- ✓ مشخصات یک گزارش و ثبت صحیح
- ✓ نکات قانونی در انواع ثبت



اگر مطلبی چارت شده باشد به این معنی است که
آن کار انجام شده است و برعکس آن نیز صادق است



✓ یکی از مسئولیت های سنگین پرستاران، انتقال اطلاعات به روش صحیح، گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن است که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می تواند مشکلات حرفه ای ایجاد نماید.

✓ مطالعات نشان داده که پرستاران **نزدیک به یک سوم وقت شیفت کاری** خود را صرف نوشتن گزارش پرستاری می نمایند.

✓ The proper management of healthcare to ensure safety, effectiveness, quality, sustainability and positive experiences to users and professionals fundamentally depends on communication among health professionals (Azevedo et al, 2019).

✓ با ارتقاء کیفیت اطلاعات، تکمیل اوراق پزشکی مددجویان و گزارش های پرستاری می توان در جهت **ارتقاء کیفیت خدمات درمانی** گام برداشت.



✓ compulsory to document all phases of the
Nursing Process (Azevedo et al, 2019)

✓ زمانی که پرستار خدماتی را انجام داده و در پرونده آن را به خوبی گزارش داده این گزارش اعتبار یک سند رسمی را دارد که در مواقع لزوم قابل استناد در دادگاه ها و مراجع قضایی است.

✓ ثبت اقدامات انجام شده و مستند سازی یکی از راه های دفاع جامعه پزشکی از خود در برابر محاکم قضایی و انتظامی (گودزی و علیمحمدی، ۱۳۹۷) و از سوی دیگر از مددجویان است.

اهمیت



✓ به عنوان مثال پرستار در روند درمان به موقع پزشک را مطلع کرده

✓ داروی بیمار را سر وقت به او داده است

✓ یا به بیمار آموزش داده که هنگام پایین آمدن از تخت زنگ بزند تا

او را کمک کند در صورتی که بیمار بدون صداکردن پرستار به تنهایی

از تخت پایین آمد و حادثه ای رخ داد و شکایت کرد در صورتی که

پرستار این نکته را به عنوان آموزش به بیمار در گزارش خود قید

کرده باشد از اتهام سهل انگاری در کار مبرا می شود.

اهمیت

✓ کادر درمان برای پیشگیری از شکایت، باید علاوه بر افزایش دانش، مهارت، آشنایی با قوانین و مقررات و پایبندی به آنها؛ همیشه اخلاق مداری و برقراری روابط مناسب با بیمار / خانواده را مد نظر داشته باشند (گودزی و علیمحمدی، ۱۳۹۷)



تاریخچه



✓ در اواسط قرن ۱۸ تا ۱۹ میلادی، با ایجاد تغییراتی اصلاحی در جامعه، نقش پرستاران عوض شد و این هنگامی بود که پرستاری نوین بر اساس آموزه های فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۲۰ بنا شد و هر پرستار مسئول کیفیت و ثبت خدمات خود گردید.

✓ در کتابش "یادداشت هایی در پرستاری" بر اهمیت آموزش پرستاران جهت جمع آوری اطلاعات به شیوه ای واضح، مختصر و سازمان یافته تاکید فراوان داشت.



Definition



- ✓ A nursing record system is the record of care that was planned or given to individual patients and clients by qualified nurses or other caregivers under the direction of a qualified nurse.
- ✓ **Nurses record** a wide variety of information about a patient's care and progress (Urquhart et al, 2018).

اصطلاحات رایج

- **چارت کردن (Charting)** وارد کردن اطلاعات یا رسم نمودار

تغییرات در پرونده بیمار.



- **ثبت کردن (Recording)** گزارش کتبی

به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد و یا

افراد دیگر) نوشته می شود





– گزارش کردن (Reporting) گزارش شفاهی و کتبی

انتقال پاره ای از اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت کتبی یا شفاهی) که از آن بی اطلاع بوده یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

– مستندسازی (Documentation) ثبت و حفظ وقایع و فعالیت های انجام شده از طریق نگهداری و بایگانی گزارشات



جنبه های ثبت پرستاری



Legal Documentation

✓ قانونی

Patient Right

✓ حقوق بیمار

Communication

✓ ارتباطی

Therapeutic

✓ درمانی مراقبتی

illness Progress

✓ پیشرفت بیماری

Research

✓ تحقیقاتی

Student Education

✓ آموزش دانشجویان

Auditing

✓ رسیدگی / نظارت / ممیزی

accreditation

✓ اعتبار سازی

judgment

✓ قضاوت در مورد کار گزارشگر

budgeting

✓ تهیه صورت حساب مالی

مشخصات یک گزارش علمی



Actual

✓ حقیقی / واقعی

Accuracy

✓ دقیق

Complete & Concise

✓ کامل و مختصر

Current

✓ پویا (جاری)

Organization

✓ سازماندهی شده

Confidential

✓ محرمانه

on time

✓ به موقع

ثبت حقیقی / واقعی باشد



- ☐ پرونده حاوی اطلاعات توصیفی و عینی درباره آنچه که پرستار با حواس خود درک میکند: می بیند، می شنود، می بوید، حس میکند و..
- ☐ توصیف عینی نتیجه مشاهده و اندازه گیری مستقیم است.
- ☐ استدلال بدون اطلاعات واقعی قابل قبول نیست.
- ☐ اطلاعات واقعی، منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد
- ☐ استفاده از کلماتی همچون ظاهرا یا به نظر میرسد قابل قبول نیست زیرا آنها نشان دهنده عدم آگاهی پرستار از واقعیت ها بوده و تولید شک و تردید می کند.
- ☐ اطلاعات عینی و ذهنی هر دو مهم هستند.

دقت در ثبت



- استفاده از معیارهای قابل اندازه گیری مثلا توصیف زخم.
- استفاده از اختصارات علایم و سیستم اندازه گیری قابل قبول مؤسسه.
- دیکته صحیح. برخی املاهای غلط میتوانند باعث خطاهای جدی در درمان شوند.
- تمام گزارشات در پرونده باید تاریخ داشته باشد و نویسنده مشخص باشد.
- هر ثبت در پرونده با اسم کامل و سمت نویسنده انجام شود.
- گزارش باید نشان دهد که چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است.
- نباید آنچه پرستار دیگری شرح میدهد، توسط پرستار دیگری ثبت شود.

مثال دقت در ثبت



- گزارش صحیح: در این شیفت CC ۳۰۰ سرم نرمال سالین به مدت ۶ ساعت با سرعت 20 gtt/min به بیمار از طریق CVP line انفوزیون گردید.

- گزارش غلط: به میزان کافی سرم برای بیمار انفوزیون شد.

- گزارش صحیح: زخم فشاری درجه ۵ در ناحیه لومبوساکرال به طول و عرض حدودا ۵*۶ سانتی متر مشهود است.

- گزارش اشتباه: بیمار زخم بستر دارد.

ثبت حقیقی / واقعی و دقیق باشد



۴/۲/۱۴۰۳ ساعت ۱۱:۰۰

بیمار می گوید "من مدتی است که به سختی می توانم نفس بکشم" تنفس ۳۲ بار در دقیقه، نبض ۱۲۰ و فشارخون ۷۰/۱۱۲ است. بیمار در هنگام دم از عضلات بین دنده ای استفاده می کند. صداهای تنفسی سمع شد، کراکل و ویزینگ در لوب های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت ۱۰:۴۵ دقیقه ABG گرفته شد. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه با ماسک داده شد.

ساعت ۱۱:۳۰ جواب ABG به دکتر سلامی گزارش شد. $PH = ۷.۴۷$ ، ۴۴ $PCO_2 =$ و $PO_2 = ۸۸$ بود. تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و به ۲۸ بار در دقیقه رسید، نبض ۹۶ و $BP ۷۰/۱۱۰$ بود. کراکل و ویزینگ همچنان وجود داشت. حسن محمدی - پرستار

چارت های متمرکز یا Focus Charting

این چارت ها شامل DAR است :

D داده : (هم عینی و هم ذهنی)

A: فعالیت یا اقدامات پرستاری

R: واکنش و پاسخ بیمار می باشد .

در این روش نباید فقط بر روی مشکلات بیمار تمرکز شود بلکه باید به نگرانی های وی نیز توجه کند .

- فقط روی یک مشکل متمرکز نمی شود .

- علائم و نشانه ها ، وضعیت بیمار ، تشخیص های پرستاری ، رفتارها ، وقایع مهم و تغییر در وضعیت

موجود در گزارش ثبت می شود .

مدلی برای مراعات گزارش نویسی



- ارزیابی اولیه
- مشاوره پزشکی
- آزمایشات
- گرافی
- پروسیجرها
- سرم
- داروها
- آموزش
- مهر و امضای پرستار

کامل و مختصر



گزارش نویسی باید حاوی اطلاعات کامل؛ مختصر؛ مناسب و صحیح باشد.
اطلاعات ضروری را ارائه دهد و از کلمات غیرضروری و جزئیات نامربوط
اجتناب نماید.

- مشخصات کامل بیمار در بالای برگه ثبت شود.
- علائم حیاتی و سطح هوشیاری.
- وضعیت خواب، دفع، تغذیه و تحرک مددجو.
- موارد قابل پیگیری و آمادگی‌های مربوط به آن.
- اقدامات درمانی طبق order پزشک و عکس العمل بیمار به آنها.
- اقداماتی که براساس تشخیص پرستاری انجام می‌شود.
- اقداماتی که توسط سایر اعضای تیم درمان انجام می‌گردد.
- هر نوع تغییر در وضعیت سلامتی یا هوشیاری بیمار.
- وسایل ایمنی مورد استفاده بیمار نظیر نرده کنار تخت.
- آموزش‌های داده شده به بیمار

ثبت به موقع



گزارش به موقع اطلاعات در مراقبت مستمر از مددجو اساسی است. برای افزایش دقت و کاهش دوباره کاری بسیاری از مؤسسات از گزارش نویسی بر بالین استفاده میکنند.

فعالیت هایی که بهتر است در زمان وقوع ثبت شوند شامل:

- علایم حیاتی
- تجویز دارو
- آمادگی برای پروسیجرهای تشخیصی و جراحی
- تغییر وضعیت مددجو
- درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت مددجو.
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ مددجو

رعایت راز داری و محرمانه بودن اطلاعات



- مسئولیت حفظ و نگهداری از پرونده به عهده پرستار بوده و وی قانوناً و اخلاقاً در مقابل اطلاعات حاصل از تشخیص و درمان مددجو مسئول است.
- پرونده نباید در معرض دید افرادی که درگیر مراقبت یا درمان بیمار نیستند، قرار داده شود.
- نباید در مورد محتویات پرونده با سایر پرسنلی که در طرح مراقبتی بیمار دخالت ندارند، گفتگو کرد و راز بیمار را فاش نمود.

جاری و پویا بودن گزارش



مواردی که بر اساس گزارش شیفت قبل:
باید پیگیری شود، یا مورد مشاهده، بررسی ودقت قرار بگیرد
باید در گزارش قید شود
تا تداوم مراقبت ودرمان تأمین گردد.

بهترین روش ثبت اطلاعات؟؟؟



- ✓ But what is the **best way** to record and share this information?
- ✓ Is there a system or way of recording care information that is **best**? (Urquhart et al, 2018).

انواع کلی روش های ثبت گزارش



✓ ثبت دستی

✓ ثبت الکترونیکی

✓ ترکیبی از ثبت گزارش بر روی کاغذ و سیستم الکترونیکی

انواع سیستم های ثبت گزارش



Traditional Narrative Charting	✓ توصیفی سنتی
Source – Oriented Patient Record	✓ منبع مدار
Problem- Oriented Medical Record	✓ بر اساس مشکلات بیمار
Problem-Intervention-Evaluation System	✓ سیستم مشکل – مداخله – ارزیابی
SOAPIE	✓ گزارش
Focus Charting	✓ کانونی
Charting – By – Exception	✓ گزارش موارد استثنائی
Flow Sheet- Assessment- Concise- Timely Documentation	
Core Charity	✓ هسته ای
Outcome Documentation	✓ ثبت گزارش نتایج
Case Management Model	✓ ثبت گزارش براساس مدل مدیریت موردی
Computerized Documentation	✓ رایانه ای



✓ ثبت توصیفی و بدون محدودیت

✓ ثبت گزارش در برگه های گزارش سیر پیشرفت بیماری و برگه های

جاری (Flow Sheet) بدون ساختار معین صورت می گیرد.

✓ هر برگه توسط منبع خاص (پرستار، پزشک، آزمایشگاه و) نوشته

می شود.

✓ استفاده از چارچوب طبقه بندی شده AIR

Assessment Intervention Response

گزارشاتی که باید در پرونده ی بیمار منعکس شود



✓ ثبت موارد جاری

- سطح هوشیاری
- بررسی وضعیت همودینامیک (علائم حیاتی، جذب و دفع و...)
- تجویز دارو و اقدامات درمانی، راه وریدی
- رژیم غذایی
- وضعیت حرکتی
- کنترل درد و کنترل عفونت
- پروسیجرها

(نوع، روش، عوارض جانبی، فرد انجام دهنده، میزان تحمل بیمار)
• آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی

✓ ثبت موارد غیر جاری

- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار
- وقوع حادثه برای بیمار

✓ آموزش های ارائه شده به بیمار و خانواده وی

ثبت متمرکز بر مشکل (POMR)

Problem-oriented medical Record

(۱) اطلاعات پایه.

(۲) فهرست مشکلات.

(۳) فهرست اولیه طرح های مراقبتی و دستورات پزشکی.

(۴) گزارش سیر بیماری.

-برای استفاده از این روش همه اعضای تیم مراقبتی و درمانی
باید از یک شیوه و در یک فرم برای چارت کردن و ثبت
استفاده نمایند.



ثبت متمرکز بر مشکل (POMR)

یادداشت‌های سیر پیشرفت : اعضای تیم مراقبت بهداشتی پیشرفت مشکلات مددجو را بررسی و ثبت می‌کند . لذا یادداشت‌های سیر پیشرفت نیز توسط کلیه مراقبین بهداشتی درگیر مراقبت از يك مددجو نوشته می‌شوند و همگی از يك نوع برگه برای یادداشت‌ها استفاده می‌کنند . یادداشت‌های سیر پیشرفت براساس شماره مشکلات موجود در لیست مشکلات ، شماره‌بندی می‌شوند .

مزایای روش P.O.M.R :

- سبب پیشبرد همکاری می‌شود .
- لیست مشکلات مشترک ، افراد تیم مراقبتی را نسبت به نیازهای مددجو آگاه ساخته و پیگیری وضعیت هر مشکل را آسانتر می‌سازد .
- سیر بیماری به‌طور مرتب و منظم ثبت شده ، کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده ، آسانتر و طبقه‌بندی شده خواهد بود.

گزارش نویسی به روش PIE



- P (Problem)
- I (Intervention)
- E (Evaluation)

در این روش بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها و فرم های معمول ثبت شده و از دوباره کاری جلوگیری می شود.

- **نکته مهم:** پس از مرور پرستار مشکلات حل شده از گزارش روزانه حذف می شود و مشکلات باقیمانده همچنان در گزارش روزانه ثبت می گردند.

گزارش نویسی به روش SOAPIE

- Subjective data
- Objective data
- Assessment
- Plan
- Implementation
- Evaluation



S (Subjective Data) : اطلاعات ذهنی توسط بیمار بازگو می شود .

O (Objective Data) : اطلاعات عینی توسط درمانگر مشاهده می شود .

A (Assessment) : بررسی تشخیص های پرستاری و پزشکی

P (Plan) : طرح و برنامه ریزی بر اساس اطلاعات بالا طراحی می گردد .

I (Intervention) : مداخلات باید قابلیت اجرا داشته باشد .

E (Evaluation) : ارزشیابی (پاسخ بیمار به درمان و تغییر در نیازهای او .

Documentation in nursing process

(Chadha, 2014).



THE NURSING PROCESS

Includes 5 steps:

1. Assessment
2. Diagnosis
3. Planning and outcome identification
4. Implementation
5. Evaluation

گزارش پذیرش



- تکمیل قسمت بالای فرم پذیرش (نام - نام خانوادگی - سن - جنس - تشخیص اولیه نام پزشک معالج - تاریخ بستری)
- تاریخ و ساعت پذیرش بیمار
- طریقه آمدن بیمار به بخش
- مکانی که بیمار از آنجا به بخش ارجاع داده شده است.
- عمده ترین شکایات فعلی بیمار.
- اطلاعات حاصل از بررسی پرستاری و شناخت بیمار:
 - مشاهده بیمار و بررسی علائم بیماری در وی.
 - معاینه پرستاری شامل کنترل علائم حیاتی و معاینه فیزیکی.
 - مصاحبه با بیمار و در صورت لزوم با بستگان بیمار جهت بررسی تاریخچه بیماری و سلامت بیمار، آلرژی دارویی یا غذایی، سابقه بستری در بیمارستان، عمل جراحی و بیماری خاص.

دنباله گزارش پذیرش



- نام پزشک و ساعت اطلاع به وی، ساعت ویزیت بیمار توسط پزشک.
- اقدامات پرستاری و پزشکی انجام شده دنبال ویزیت بیمار و براساس موارد ثبت شده در پرونده.
- تنظیم طرح مراقبتی بیمار و ثبت آن در پرونده.
- ثبت گزارش تحویل یا نگهداری البسه و اشیاء قیمتی بیمار (بر اساس خط مشی مؤسسه)
- تاریخ و ساعت نوشتن گزارش پرستاری، نام و سمت پرستار.

ارزیابی اولیه در پذیرش بیمار

- شکم: نرم / نفخ / درد / تندرns
- سیستم ادراری: بی اختیاری سوزش وجود کاتتر ادراری و....
- سیستم دفعی: وجود یبوست، اسهال، رنگ مدفوع
- تغذیه: نوع غذا، میزان غذای دریافتی و....
- بهداشت: حمام در تخت بهداشت پوست و مو و....
- ایمنی: وجود حفاظ تخت - همراه

- نحوه ورود بیمار به بخش: خود بیمار / با ویلچر / با عصا
- همراه بیمار چه کسی بوده
- فعالیت بیمار: خود بیمار، با ویلچر، با عصا، با کمک همراه
- علایم حیاتی (TPR&BP)
- سطح هوشیاری
ORIENT.CONFUSE,.....
- بررسی تمام سطح بدن بیمار و پوست: گرم و خشک مرطوب زرد و....
- تنفس: اکسیژن متصل به ونتیلاتور و....
- قلب: منظم و غیر منظم

گزارش انتقال بیمار



- تکمیل قسمت بالای برگه گزارش
- خلاصه ای از پیشرفت و سیر بیماری و مراقبت تا زمان انتقال بیمار.
- وضعیت سلامتی فیزیکی، روانی و اجتماعی فعلی بیمار.
- طرح مراقبت پرستاری فعلی بیمار.
- هر مداخله یا ارزیابی که باید در مدت زمان کوتاهی پس از انتقال انجام شود.
- هرگونه توجهات و احتیاط های خاص مثل ایزوله کردن بیمار یا حساسیت نیاز بیمار به وسایل یا تجهیزات خاص.

علاوه بر گزارش کتبی انتقال بیمار؛ پرستار باید خلاصه ای از مشخصات بیمار و وضعیت فعلی وی را به صورت شفاهی (hand – off report) به پرستار تحویل گیرنده، گزارش دهد. پرستار تحویل گیرنده نیز زمانی را به بررسی بیمار و مستقر کردن وی در بخش اختصاص می دهد.

گزارش حوادث

به تشخیص عوامل و حوادث مخاطره انگیزی که میتواند سلامت بیمار را تهدید نماید، کمک نموده و بدنبال آن باید تغییرات لازم در روش کار، مقررات یا تجهیزات به منظور ایمنی بیشتر ایجاد کرد.

- توصیف دقیق واقعه و زمان بروز آن.
- اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه.
- زمان اطلاع به پزشک مسئول و زمان ویزیت بیمار توسط وی.
- درمان‌ها و پیگیری‌های لازم جهت درمان یا کنترل عوارض ناشی از حادثه.



رهنمودهای تکمیل گزارش حادثه



- پرستار شاهد حادثه باید گزارش را تکمیل کند.
- اتفاقات و شرایط مددجو را با کلمات عینی و مختصر شرح دهید.
- اقدامات صورت گرفته توسط خود فرد، سایر پرستاران یا پزشکان را گزارش کنید.
- سعی نکنید کسی را سرزنش کنید.
- هرچه سریع تر گزارش را به مدیریت مربوطه ارائه دهید.
- یک نسخه از گزارش کتبی را در فایل خود نگه دارید.

گزارش ترفیص



- یکی از روشهای ثبت برای مددجوی ترفیص شده روش متد **METHOD** است.

- Medication
- Environment
- Treatment
- Health
- Out Patient Department
- Diet

گزارش ترخیص: دستورالعمل ترخیص ایمن با تکنیک S.M.A.R.T

Signs-Medications-Appointments-Results-Talk with me

۱. علائم و نشانه‌های مهمی که باید به آن‌ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه‌هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه داشته باشند و در صورت لزوم آن را به بیمارستان گزارش کنند.
۲. داروها: سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها
۳. زمان ویزیت بعدی پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید زمان‌بندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.
۴. نتایج ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش‌ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد.
۵. توصیه‌ها یا صحبت‌های لازم که زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود.

کاردکس



- در بسیاری مراکز درمانی اطلاعات مورد نیاز برای مراقبت روزانه از مددجویان، در کاردکس پرستاری وجود دارد.
- کاردکس فرم یا کارتی است که بصورت قابل حمل در ایستگاه پرستاری حفظ می‌شود.
- فرصت بررسی و مرور سریع مراقبت‌ها و اطلاعات مهم و روزانه بیمار را در اختیار مراقبت کنندگان قرار می‌دهد.
- کاردکس هرگز یک منبع دائمی و کاملاً قابل اعتماد برای ارائه مراقبت نیست، تنها با ثبت اطلاعات به‌روز، پرستار و پزشک را از مراجعه پی‌در‌پی به پرونده بیمار بی‌نیاز می‌کند.

نکات مهم ثبت در کاردکس



- تاریخ و ساعت ویزیت ثبت شود.
- دوز دارو، دفعات تجویز، راه تجویز، ساعات تجویز و تاریخ شروع دارو و تاریخ قطع دارو.
- ثبت دقیق ساعت و تاریخ تجویز اولین دوز دارو در کاردکس و پرونده.
- در صورتی که بیمار دارویی را دریافت نکرده علت و ساعت آن در کاردکس و پرونده ثبت گردد.
- ثبت ساعت و تاریخ تجویز داروی Stat.
- فقط از اختصارات استاندارد استفاده شود.
- ثبت اطلاعات خوانا و مختصر انجام شود.
- ثبت اطلاعات را میتوان با خودکار یا مداد انجام داد.
- در ثبت موارد تاریخ و ساعت اجرای آن ذکر شود.
- هرروز و با هر ویزیت یا تغییر در مراقبت و درمان بیمار، تغییرات در کاردکس اعمال شود.

گزارش شفاهی



گزارش شفاهی



یکی ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران است.

پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می کنند. در این نوع گزارش پرستار خلاصه ای از فعالیت ها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

انواع گزارش شفاهی



- | | |
|-------------------------|---|
| Change Of Shift Report | ❖ گزارش تعویض شیفت |
| Telephone Report | ❖ گزارش تلفنی |
| <u>Telephone Order</u> | ❖ دستور تلفنی |
| Transfer Report | ❖ گزارش انتقالی |
| Discharge reports | ❖ گزارش ترخیص بیمار |
| Incident Report | ❖ گزارش حوادث اتفاقی |
| | ❖ گزارش به اعضای خانواده یا نزدیکان بیمار |
| | ❖ گزارش به هنگام ارجاع بیمار |
| nursing care Conference | ❖ کنفرانس مراقبت پرستاری |

توصیه های قانونی در گزارش نویسی



گزارش خوانا و با خودکار ثبت شود

ثبت ناخوانا ممکن است اشتباه تفسیر شود

هرگز از مداد استفاده نکنید.

اگر Order مورد سوال است، روشنی و وضوح آن را پیگیری و ثبت کنید.

اگر Order اشتباه را اجرا کنید شما هم مانند پزشک تحت پیگرد قانونی قرار می گیرید

راند مشترک / تماس و اصلاح Order / تهیه خط مشی برای دستورات مبهم و اشتباه

از عبارات کلی استفاده نکنید.

اطلاعات کلی بیش از اندازه، اطلاعات خاص در مورد شرایط مددجو را حذف می کند.

مراقبت را بطور کامل و واضح شرح دهید.

ثبت هر مطلب را با تاریخ و زمان کامل شروع کرده و با نام و سمت خود تمام کنید.

وقایع به ترتیب وقوع ثبت شوند و کسی که مراقبت را ارائه داده، گزارش را امضا کند.

برای ثبت تغییرات مهم تا پایان شیفت صبر نکنید و بلافاصله ثبت کنید.

فقط اعمال خود را ثبت کنید

مسئولیت ثبت هرکاری که انجام دادید، شما هستید

هرگز اعمال دیگران را ثبت نکنید.

"یادگیری از خطا" (درسنامه شماره ۲)

من اینجارج شیفت شب بخش زنان بودم؛ یکی از بیماران که آن روز بطور همزمان تحت عمل جراحی هموروئید (توسط جراح) و Anterior Repair (توسط جراح زنان) قرار گرفته بود؛ طبق گزارش شیفت عصر؛ بیمار از احساس دفع و درد شدید شکایت داشته؛ پس از تماس با جراح دستور خروج یک رکنال مسدود می شود؛ که پس از تستن بیمار در لگن آبگرم یک رکنال خارج می شود؛ قرار بود صبح فردا یک واژینال نیز خارج شود؛ پرستاری که به عنوان نفر دوم در شیفت شب، امر مراقبتی بیمار را به عهده داشت؛ در ساعات پایانی شیفت شب؛ جهت خارج کردن یک واژینال به بالین بیمار رفته؛ در بازگشت اعلام می کند که یک واژینال مشاهده نشده و احتمالاً خارج شده؛ متأسفانه اینجانب بدون کنترل مجدد و حصول اطمینان از خارج شدن یک واژینال؛ در پرونده بیمار خارج کردن یک واژینال توسط پرستار دوم را ثبت نمودم. صبح در زمان ویزیت پزشک نیز به ایشان خارج شدن یک واژینال گزارش گردید.

یک هفته بعد؛ بیمار با درد شدید؛ تب؛ عفونت و شکایت از باقیماندن یک گاز؛ طولی که بخشی از آن توسط خود بیمار خارج و چیده شده بود؛ مراجعه می کند؛ پس از معاینه ی بیمار؛ باقیماندن یک واژینال مسجل می گردد که همان موقع نسبت به خارج کردن آن اقدام می شود. ولی بیمار مدت نسبتاً طولانی در گیر درمان درد و عفونت بوده است؛ به همین دلیل بیمار و همسر وی شکایت خود را در دانسرای انتظامی نظام پزشکی ثبت و پس از بررسی؛ اینجانب به دلیل "ثبت و گزارش کتب در خصوص فعل مراقبتی انجام نشده" مقصر شناخته شدم.

راهکار: "ثبت گزارش انجام هر فعل مراقبتی باستی توسط فرد انجام دهنده فعل صورت گیرد."

"به هیچ وجه نباید در مستندات مسئولیت کاری را که انجام نداده ایم به عهده بگیریم."

اشتباهات را پاک نکنید خط
نزنید یا از غلط گیر استفاده
نکنید.

اشتباهات را بطور کامل تصحیح
کنید.

تمام حقایق را ثبت نمائید.

در گزارش نویسی فضای خالی
نگذارید.

گزارش نویسی نامفهوم می شود
به نظر میرسد شما درصدد پنهان
یا محو کردن اطلاعات هستید.

خطاها در گزارش نویسی میتواند
منجر به خطا در درمان شوند.

گزارش نویسی باید دقیق و قابل
اعتماد باشد

شخص دیگری ممکن است
اطلاعات غلط را پر نماید.

یک خط روی خط بکشید و واژه
خطا را بالای آن بنویسید. سپس
مطلب صحیح را یادداشت کنید.

مطمئن شوید آنچه ثبت کردید،
واقعی و درست است.

بر اساس تفکر یا حدس و گمان
نباشد.

گزارش را خط به خط کامل
نمائید. نام خود را در انتهای آن
امضا کنید.

چک اوردر پزشکی



- Impression: Fever and abdominal pain R/O Cause
 - Condition: Fair
 - Diet: NPO
 - Vital sign :q8h
 - Activity: OOB
- 1-CBC,ESR,CRP
 - 2-BUN,Cr,Sugar,k,Na
 - 3-UA , UC
 - 4- TG , Cholesterol (HDL,LDL)
 - 5-Amylase, Lipase
 - XXXXXXX
 - 6- CXR(PA)
 - 7- Abdominal sonography.
 - 8- N G tube
 - 9- Internal foley catheter
 - 10 IV Fluid 1000 cc D/W 5% / 24 hr
 - 11- Ceftriaxone 1gr IV q12h
 - 12- Ranitidine 150 mg po bid
 - 13- Anti acid 30 cc po tid post prandial

توصیه های لازم برای پیشگیری از خطا در ثبت

- بیماران مرتب کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در برونده نثبت گردد.
- با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار، علایمی که می تواند در تشخیص قطعی بیمار، سیر بیماری، تصمیم گیری برای درمان (شروع، ادامه، قطع دارو و یا اعمال جراحی و....) برای پزشک / پرستار شیفت بعد کمک کننده باشد، حتماً گزارش و ثبت شود.
- پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مددجو و ارائه مراقبت خاص پرستاری، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید.
- کمبود امکانات اعم از تجهیزات، نیروی انسانی و.. را که امکان بروز حادثه و صدمه به بیمار را فراهم می کند و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید، بصورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق از طریق سیستم اتوماسیون گزارش کنید.



توصیه های لازم برای پیشگیری از خطا در ثبت



- زمان نوشتن گزارش در پرونده براساس ۲۴ ساعت ذکر شود.
- با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و بلافاصله گزارش و ثبت شود.
- از بکارگیری جملات عمومی که مفهومی اختصاصی ندارند اجتناب نمائید، مثلاً برای بیان شدت درد از جدول امتیاز بندی ۱ تا ۱۰ استفاده کنید: امتیاز درد پشت بیمار امروز ۳ - ۲ بوده، در حالیکه روز گذشته ۹ - ۷ بوده است.
- بیشتر مؤسسات بهداشتی برای آموزش دانشجویان اجازه میدهند تا آنها به اطلاعات دسترسی یابند. دانشجویان از نظر حرفه ای و اخلاقی باید تمامی اطلاعات را محرمانه نگه دارند.
- **گزارشات تأخیری:** بعد از آخرین گزارش چارت شده، نوشته شود؛ و عنوان گزارش تأخیری نیز در کنار آن ذکر شود.

توصیه های لازم برای پیشگیری از خطا در ثبت



- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار با ذکر ساعت و تاریخ گزارش شود.
- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت وجود موارد غیر طبیعی و ضروری، بلافاصله به پزشک اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید.
- تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه، تنظیم و کنترل نمائید و در پایان شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را در انتهای گزارش پرستاری، ثبت نمائید.
- در کنترل (I&O) پس از محاسبه، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری و جمع ۲۴ ساعته نیز در برگه مخصوص ثبت شود.

توصیه های لازم برای پیشگیری از خطا در ثبت

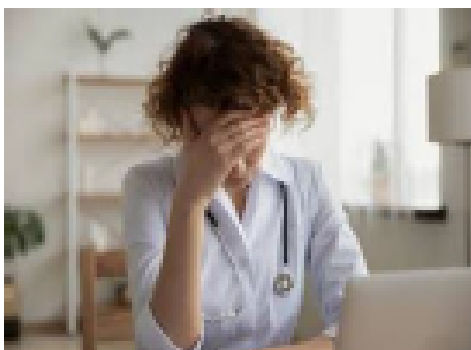
- در صورت استفاده از وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و.....) توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- وضعیت خواب و استراحت، میزان فعالیت، وضعیت دفع و دریافت مایعات و غذای بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- بیانات و نشانه هایی که بیمار بیان می کند را با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- گزارش تحویل یا نگهداری البسه و اشیاء قیمتی بر اساس خط

مشى مؤسسه

ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اقدامات



خطا و مشکلات قانونی در ثبت گزارش



- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان یا تناقض در ساعت گزارشات
- وجود خط یا فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- تحریف و تناقض در گزارش
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- لای گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی... **سندسازی و از بین بردن مدارک جرم است**



- پرونده های مخدوش **درصد ظن به خطا و قصور را بالا میبرد**
- ثبت قبل از انجام مداخله

- عدم ثبت مشکلات بیمار، پیگیری ها و اقدامات انجام شده (گودزی و علیمحمدی، ۱۳۹۷)

"یادگیری از خطا" (درسنامه شماره ۳)

من پرستار بخش جراحی یورولوژی هستم؛ شبیکار بودم؛ ساعت ۸ شب بیمار ۷۹ ساله ای را که بعد از عمل open prostatectomy ساعت ۱۲ ظهر از ریکاوری به بخش منتقل شده بود تحویل گرفتم؛ پرستار عصر گفت: جواب هموگلوبین بعد از عمل به دلیل شلوغی بخش و آزمایشگاه هنوز آماده نشده؛ من بلافاصله پی گیری و پس از گرفتن جواب متوجه افت هموگلوبین بیمار از ۱۱ به ۷ شدم که نشان دهنده از دست دادن خون بود؛ برای بیمار سالمند خطرناک محسوب میشد؛ بلافاصله به پزشک عمومی اطلاع دادم؛ ایشان گفتند باید جراح را مطلع کنیم؛ متأسفانه تا ۱۱/۵ شب موفق به تماس با جراح نشدیم ولی تا نیمه شب من بارها به پزشک عمومی تماس گرفتم و در خصوص مشکل بیمار به ایشان گفتم اما هیچ دستور دیگری بجز مراقبتهای روتین داده نشد؛ ساعت حدود ۵/۳ نیمه شب بیمار از درد ناحیه اپیگاستر شکمی شد؛ که به موازات آن با دستور پزشک عمومی درخواست خون داده شد؛ به بیمار تزریق شد؛ اما توار قلب و آزمایش تروپونین بیمار حاکی از Extensive MI بود و متأسفانه بیمار بعد از ۱۸ ساعت فوت کرد؛ که فرزندان ایشان از عدم رسیدگی بموقع طرح شکایت کردند؛ پس از رسیدگی به پرونده متأسفانه چون بنده در خصوص پی گیریهای صورت گرفته اتماسهای متعدد به پزشک عمومی و جراح هیچ چیزی در گزارش پرستاری ثبت نکرده بودم؛ مقصر شناخته شدم.

یادگیری از خطا:

۱- در خصوص گزارش مشکل بیمار بایستی سلسله مراتب رعایت شده؛ در صورت پیدا نکردن پزشک بیمار حتماً به سوپروایزر کشیک نیز اطلاع داده شود.

۲- نام تک افرادی را که به صورت تلفنی با شفاهی مشکل بیمار را به آنها گزارش کرده ایم؛ با قید ساعت دقیق بایستی در گزارش پرستاری ثبت گردد.

۳- هیچ عذری برای تاخیر در پی گیری نتیجه اقدامات پاراکلینیک اورژانسی بیمار مانند: Hb;BS;ECG و..... پذیرفته نیست و بایستی حتماً دلایل موجه آن مشخص و در گزارش ثبت گردد؛ در غیر اینصورت اگر منجر به عارضه ای برای بیمار گردد؛ کادر درمان مقصر شناخته می شوند.



و در آخر.....

➤ در گزارش نویسی و ثبت تمام موارد گفته شده، نه با این دید که برای ثبت در پرونده بیمار و بایگانی بیمارستان است، بلکه با این دید که **برای ارائه به دادگاه است**، ثبت و نوشته شود

➤ اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی، **اسناد و مدارک** **بجا مانده** مربوط به مراقبت از بیمار است.

➤ اگر فرد حرفه ای به عملکرد سو یا معالجه غلط در دادگاه متهم شود، در مورد وی طبق **استانداردهای شغلی** رفتار و قضاوت می شود.



منابع

- ❖ Urquhart Ch., Currell R., Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD002099. www.cochranelibrary.com
- ❖ Azevedo C A. etal. Documentation of the nursing process in public health institutions. 2019: Rev. esc. enferm. USP vol.53
- ❖ Chadha PK. Nursing process and documentation. May 20, 2014: Health & Medicine.
www.slideshare.net/ParveenKumarChadha1/nursing-process-and-documentation

❖ موسی زاده، ساجده ۱۳۹۹. صفر تا صد گزارش نویسی در پرستاری. <https://vistaandish.ir/>

در پناه حضرت عشق پاینده
و مستدام باشید.