



بسمه تعالی  
دستورالعمل  
بیمارستان ۹ دی منظریه



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه: ۱ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

رعایت اصول ثبت:

- ۱- استفاده از اصطلاحات صحیح در گزارش نویسی
- ۲- خوش خط و خوانا بودن، یکی بودن خط، ثبت با خودکار مشکی یا آبی، عدم وجود فضای خالی
- ۳- عدم استفاده از لاک یا مخدوش نمودن گزارش پرستاری
- ۴- استفاده از سیستم ثبت ۲۴ ساعته و ثبت روند مراقبت از بیمار پس از اجرای مراقبتها
- ۵- ثبت دقیق دستورات تلفنی با امضاء دو پرستار و مطابق با دستورالعمل مربوطه
- ۶- بستن زیر گزارش پرستاری و مهر و امضای پرستار (مهر دارای سمت و شماره نظام پرستاری و اسم و فامیل کامل پرستار)
- ۷- ثبت دقیق دستورات دارویی ( بعد از اجرای دستورات)
- ۸- رعایت دستورالعمل داروهای دو مهره و پرخطر
- ۹- های لایت نمودن داروهای گران قیمت جهت افزایش دقت و جلوگیری از عدم ثبت
- ۱۰- بستن زیر دستورات دارویی و مهر و امضاء پرستار

ثبت هنگام پذیرش:

- ۱- اطلاعات عمومی ( نام و نام خانوادگی، سن، شکایت فعلی و دلیل بستری شدن بیمار و ...)
- ۲- نحوه ورود به بخش ( با پای خود، با ویلچیر، با برانکارد و ... )
- ۳- ساعت و تاریخ ورود به بخش، سطح هوشیاری با استفاده از معیار GCS و ثبت علائم حیاتی بدو ورود
- ۴- ساعت اطلاع به پزشک جهت اولین ویزیت، ساعت حضور پزشک و نام پزشک
- ۵- ثبت حداقل یکی از مهمترین تشخیص های پرستاری، اقدامات پرستاری انجام شده، ارزیابی انجام شده و اثر بخشی آن
- ۶- انجام و ثبت فرآیند آموزش به بیمار هنگام پذیرش (حداقل های آموزش بدو ورود شامل قوانین و مقررات بخش و بیمارستان، معرفی تیم درمان، نکات ایمنی، نکات بهداشتی و پیشگیرانه و ...)



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه: ۲ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

### ثبت در زمان بستری:

- ثبت تغییرات علائم حیاتی و تغییرات سطح هوشیاری و اقدامات انجام شده در این خصوص
- ثبت گزارش پرستاری براساس فرآیند پرستاری شامل: تشخیص پرستاری (حداقل یک مورد و مرتبط و با توجه به شرایط کنونی بیمار)، اقدامات پرستاری انجام شده در ارتباط با تشخیص ثبت شده و ارزیابی پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده
- استفاده صحیح از میزان و واحدهای اندازه گیری ( ادرار، ترشحات زخم، گواژ و ...)
- برنامه ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی از جمله کشیدن Bed side و ثبت حوادث غیر مترقبه
- نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی و اجرای دستورات پزشکی
- زمان انجام پروسیجرهای درمانی خصوصا در بیماران بدحال و High Risk با ذکر نحوه انتقال بیمار جهت CT یا سونو گرافی و رادیولوژی (با چه کسی، چه ساعتی رفت و برگشت، با چه امکاناتی)
- ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج
- ساعت و تاریخ اطلاع رسانی مشاوره ها و انجام مشاوره و اورژانس یا غیر اورژانس بودن مشاوره ( در صورت عدم پاسخ دهی یا عدم حضور پزشک در موارد اورژانس اطلاع به سوپروایزر)
- ثبت وضعیت راههای تهاجمی ( برانول، درن، سوند، تراکشن و ...)
- تزریق خون ( زمان وصل و خاتمه، سرعت جریان و علائم آلرژیک )
- مراقبت از زخم و محل عمل جراحی ( وضعیت پانسمان و زخم، رنگ و بو و میزان ترشحات، محلول شستشو و زمان تعویض پانسمان)
- وضعیت تغذیه ( نوع رژیم غذایی، تحمل رژیم غذایی و حجم و مقدار غذای صرف شده با توجه به مقدار غذایی که برای بیمار در نظر گرفته شده است)
- وضعیت دفع ادرار و مدفوع و بهداشت فردی
- نوع فعالیت ( استراحت مطلق یا نسبی )



بسمه تعالی  
دستورالعمل  
بیمارستان ۹ دی منظریه



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه: ۳ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

۱۵- ثبت حداقل های آموزش حین بستری

ثبت هنگام انتقال:

- ۱- ذکر نام و نام خانوادگی بیمار
- ۲- وضعیت بیمار هنگام انتقال ( ویلچیر، برانکار، با پای خود)
- ۳- علائم حیاتی، ساعت انتقال و نام فرد منتقل کننده
- ۴- داروها و وسایل بیمار به چه کسی تحویل داده شد.
- ۵- هر نوع حادثه یا مشکلی در روند انتقال ثبت شود.

گزارش اتاق عمل:

- ۱- تحویل به اتاق عمل: ساعت و نحوه انتقال بیمار به اتاق عمل، ثبت علائم حیاتی قبل از تحویل، GCS، وسایل و تجهیزات متصل به بیمار و دستورات دارویی و آمادگی های لازم قبل از عمل
- ۲- گزارش ریکاوری: ساعت ورود به ریکاوری، نوع عمل انجام شده، نوع بیهوشی، سطح هوشیاری و تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل، وضعیت بیمار بعد از تحویل ( استفرغ- خونریزی و ... )، علائم حیاتی حین تحویل، اتصالات مربوطه و وضعیت احتمالی ترشحات، وضعیت پانسمان، تحویل نمونه های بیوپسی، هرگونه مشکل احتمالی با مداخله یا ارزیابی که در طول حضور بیمار در ریکاوری انجام می شود.
- ۳- درمورد سزارین ثبت جنس نوزاد، آپگار، آنورمالی ظاهری یا ظاهر سالم
- ۴- گزارش بعد از عمل: ساعت تحویل و ورود بیمار به بخش، VS و سطح هوشیاری، وضعیت درن ها و اتصالات از نظر عملکرد و پانسمان و ترشحات، علائم حیاتی در ۱۵ دقیقه اول و نیم ساعت بعد از تحویل بیمار، برون ده ادراری در ساعات اولیه و شروع رژیم غذایی، اقدامات انجام شده و قابل پیگیری



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه: ۴ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

۵- در مورد سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع مادر و نوزاد، مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد از جمله ویزیت پزشک

#### گزارش ترخیص:

- ۶- نوع ترخیص (دستور پزشک، رضایت شخصی)
- ۷- دستورات دارویی در زمان ترخیص
- ۸- وضعیت بیمار هنگام ترخیص ( ویلچر، برانکار، با پای خود)
- ۹- مراجعه بعدی و مراقبتهای بعد از ترخیص
- ۱۰- ساعت ترخیص و خروج از بخش، VS بیمار هنگام خروج
- ۱۱- آموزش های حین ترخیص که در فرم آموزش ضمن ترخیص ثبت شده و ضمن مهر و امضاء یک نسخه بیمار تحویل داده می شود این آموزش ها شامل رژیم غذایی، فعالیت و استراحت، دارو، مراقبت از زخم، علائم هشدار دهنده، مراجعه بعدی به پزشک و تحویل خلاصه پرونده به بیمار می باشد.

#### گزارش فوت:

- ۱- ثبت ساعت بد حال شدن، نحوه بدحال شدن و علت آن
- ۲- طول مدت عملیات احیا و افرادی که در تیم احیا حضور داشتند و ساعت اطلاع رسانی و حضور افراد
- ۳- ساعت فوت، تحویل جسد به سردخانه با ساعت، الصاق خط صاف الکترو (با EKG) بر روی پرونده بیمار با ذکر تاریخ و ساعت و مهر پزشک

#### نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- ۱- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)، زمان شروع احیاء قلبی و ریوی



بسمه تعالی  
دستورالعمل  
بیمارستان ۹ دی منظریه



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه: ۵ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

- ۲- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی ، ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- ۳- ثبت گزارش لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی
- ۴- تعداد و میزان دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- ۵- دارودرمانی: نوع و دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید .
- ۶- واکنش مردمکها ، افراد عضو تیم احیاء

#### نکات اساسی ثبت در کاردکس:

- ۱- فیلدهای بالای کاردکس ( نام بیمار، سن، تشخیص بیماری، پزشک معالج، رژیم غذایی، بیماریهای قلبی، حساسیت دارویی، امتیاز مورس و برادن) پر شود.
- ۲- به جای فاصله زمانی دستورات، ساعت انجام هر دستور پزشکی قید شده است مثلا ۲۴-۱۲-۱۸-۶ به جای Q6h
- ۳- مشخصات کامل دارو شامل نام دارو ، راه استفاده ، دوز، ساعت و تاریخ شروع دارو کامل ثبت شود .
- ۴- زمان انجام کلیه تست های تشخیصی و پاراکلینیکی و اعمال تهاجمی و زمان پیگیری نتایج آنها قید شود .
- ۵- در ستون مراقبتهای پرستاری ، تاریخ وصل و تعویض کلیه اتصالات بیمار اعم از برانول، سوند فولی، cvc line ، لوله تراشه ، تراکتوستومی اشاره شود.
- ۶- از علایم هشدار دهنده بنا به ضرورت و با توجه به وضعیت بیمار بطور درست استفاده شود.(برچسب قرمز جهت حساسیت بیمار)



بسمه تعالی  
دستور العمل  
بیمارستان ۹ دی منظریه



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه: ۶ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

نمونه گزارش پرستاری:

مشخصات دموگرافیک: بیمار آقای/ خانم ..... ، .... ساله متولد... با شکایت از ..... و با تشخیص ..... {گزارش پذیرش: در

ساعت ... با ... (پای خود/ ویلچر/ برانکارد) به همراه کمکی..... پرستار..... ( و پرسنل بیهوشی..... در حال دریافت O2 نازل/ ماسک /

آمبویگ) / در حال مانیتورینگ و با دی سی شوک ( به بخش ... منتقل و { در سرویس دکتر ... بستری و تحت نظر می باشد.

سطح هوشیاری بیمار: GCS (در بیماران ترومایی) / آگاه به زمان و مکان/ گیج و خواب آلود/ بیهوش و علائم حیاتی بیمار ..... می

باشد. { گزارش پذیرش: بیمار دارای سابقه بیماری یا جراحی/ سابقه مصرف دارو/ سابقه حساسیت غذایی و دارویی/ سابقه تزریق خون

و عوارض/ سوء مصرف مواد/ اختلال مورس و برادن میباشد}.

وضعیت تنفسی بیمار: تنفس خودبه خودی و بدون مشکل/ دیسترس تنفسی و O2 تراپی ... لیتر / اینتوبه و تحت تهویه مکانیکی با

مد ... FIO2 ... PEEP ... و .. می باشد افت O2 SAT و دیسترس تنفسی دارد/ندارد.

وضعیت قلبی بیمار: سابقه بیماری قلبی عروقی / در صورت مانیتورینگ: ریتم قلبی سینوسی/AF و HR... میباشد.

وضعیت گوارش و تغذیه: رژیم غذایی بیمار/ PO, NPO, گاوژ: NGT یا OGT رنگ ... فیکس، میزان لاواژ و رنگ ترشحات لاواژ،

میزان گاوژ / تحمل بیمار (آموزش رژیم غذایی خاص).

اقدامات دارویی: انجام اقدامات دارویی بیمار / عدم مصرف دارو با ذکر علت (آموزش نوع دارو و علت مصرف و عوارض و احتیاطات)

IV LINE: برانول ... رنگ بر روی ... قسمت از دست/پای... راست/چپ، فلبیت و قرمزی دارد(تعویض با برانول... بر روی ... قسمت) .

انتقال بیمار / اقدامات پاراکلینیکی: بیمار در ساعت ... به همراه ... به وسیله برانکارد/ ویلچر با سطح هوشیاری ... و علائم حیاتی ....

(در حال دریافت O2 با ... / آمیو) ( تحت مانیتورینگ تنفسی (پالس اکسیمتر) و قلبی با دی سی شوک)به واحد ... مراجعه کرده و سپس



بسمه تعالی  
دستورالعمل  
بیمارستان ۹ دی منظریه



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه : ۷ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

در ساعت ... با سطح هوشیاری ... به بخش منتقل شد . در طی فرایند انتقال بیمار مشکلی به وجود نیامده / آمده (مثلا سقوط: گزارش دقیق نحوه سقوط و اطلاع به پزشک معالج/ سوپروایزر، اقدامات انجام شده و نتایج) .

آزمایشات: (آزمایش ... در ساعت ... ارسال شد/ نتایج آزمایشات در ساعت ... دریافت شد. نتیجه آزمایش ... بحرانی در ساعت ... دریافت شد به اطلاع دکتر ... رسانده شد، اقدامات ... انجام شد).

وضعیت دفعی بیمار: ادرار: بیمار دیورز دارد/سونداز: ادرار در جریان، میزان و رنگ ادرار / مدفوع: اجابت مزاج داشته ( در صورت مشکل توضیح داده شود)/ نداشته (یبوست: آموزش رژیم پرفیبر و تحرک). الگوی خواب: (نرمال/ بیخوابی/ پر خوابی و خواب آلودگی) .  
وضعیت حرکتی: ( RBR: خروج از تخت داشته یا نه، CBR: آموزش عدم خروج از تخت و آموزش تحرک در محدوده تخت و تغییر وضعیت/ CBR بیهوش و بیحرکت: تشک مواج، تغییر پوزیشن، چست فیزیوتراپی، بررسی پوست از لحاظ زخم فشاری).

ارزیابی وضعیت پوست: ( وجود زخم، اندازه، پانسمان، ترشحات) / آتل (ارزیابی حس و حرکت و نبض و پرشدگی مویرگی).

آموزش به بیمار: (بدوورود {طبق حداقلهای ابلاغی} / حین بستری {طبق حداقلهای ابلاغی} / حین ترخیص {بر اساس دستورالعمل SMART}).

تشخیص های پرستاری: ( عنوان تشخیص: اختلال در تخلیه ترشحات راههای هوایی در ارتباط با اینتوباسیون و بیحرکتی به صورت دیسترس تنفسی / اقدامات: تغییر پوزیشن هر دو ساعت، چست فیزیوتراپی، ساکشن ترشحات / نتایج اقدامات: بیمار علامتی از دیسترس تنفسی و افت  $O_2SAT$  ندارد).

پیگیری های شیفت بعد (پیگیری آزمایشات، سونوگرافی، مشاوره و ...).

تحویل شیفت: بیمار در ساعت .... با سطح هوشیاری ..... و با ریتم قلبی ... (VS) انتهای شیفت بهتر است ثبت شود ) به پرستار

مهر و امضای پرستار

خانم/آقای ..... تحویل داده شد.



بسمه تعالی  
دستورالعمل  
بیمارستان ۹ دی منظریه



تاریخ بازنگری: ۹۸/۸/۱	ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار	کد:
تاریخ ابلاغ:		صفحه : ۸ از ۸
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۸/۸/۱		

نام، سمت و امضاء تصویب کننده / کنندگان	نام، سمت و امضاء تایید کننده / کنندگان	نام، سمت و امضاء تهیه کننده / کنندگان
دکتر علی اکبر جنگجو (رییس بیمارستان)	فهیمة نصیری نسب (مدیر خدمات پرستاری)	فهیمة نصیری نسب (مدیر خدمات پرستاری)
		نرگس عسگری (سوپروایزر آموزشی)
		فروزان معظمی (مسئول بهبود کیفیت)