



1- هدف: این سند با هدف استاندارد سازی فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی و ثبت صحیح توسط گروه های پرستاری در بیمارستان نیکان غرب تدوین گردیده است.

2- دامنه کاربرد: اجرای صحیح این سند در بخش های بالینی بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف: -

4- مسئولیت ها و اختیارات:

4-1- سوپروایزر آموزشی و دبیر کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت، مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

4-2- مدیر پرستاری و تیم ارزیابی کنترل مستندات، مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

4-3- گروه های مستندساز پرونده های پزشکی بیماران، مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

5-1- ثبت صحیح مشاوره های پزشکی

5-1-1 سر برگ مشخصات بیمار باید توسط منشی بخش تکمیل گردد.

5-1-2 تاریخ و ساعت مشاوره، نام پزشک درخواست کننده و نوع مشاوره (اورژانس یا غیراورژانس) باید توسط پزشک مشاوره دهنده ثبت شود.

5-1-3 درخواست مشاوره باید توسط پزشک معالج تکمیل و مهر و امضا گردد.

5-1-4 مشاوره درخواستی باید توسط پزشک مشاور تکمیل و تاریخ و ساعت انجام مشاوره قید شود.

5-1-5 تمامی دستورات پزشک معالج باید توسط پرستار مسئول بیمار چک و تاریخ، ساعت و مهر پرستار ثبت شود.

5-1-6 انجام مشاوره و دستورات داده شده باید توسط پرستار مسئول بیمار به پزشک معالج اطلاع رسانی گردد.

5-1-7 پس از اطلاع به پزشک معالج و یا رویت توسط پزشک معالج، دستورات باید توسط پرستار مسئول بیمار در برگه دستورات پزشک RE ORDER و امضا شود.

5-1-8 دستورات تایید شده باید توسط پرستار مسئول بیمار در کاردکس دارویی ثبت شود.

5-1-9 درخواست مشاوره و زمان انجام آن در سیستم اطلاعات بیمارستانی HIS باید توسط پرستار مربوطه ثبت گردد.

5-2- ثبت و چک دستورات پزشک

5-2-1 سر برگ مشخصات بیمار باید توسط منشی بخش تکمیل گردد.

5-2-2 کلیه دستورات درمانی بیمار باید با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده توسط پزشک ثبت شود.

5-2-3 دوزهای دارویی باید توسط پزشک با خط درشت و خوانا نوشته شود.

5-2-4 داروهای مخدر باید توسط پزشک با حروف بزرگ نوشته شود.

5-2-5 در پایان، دستورات باید توسط پزشک مهر و امضا گردد.

5-2-6 انتهای دستورات باید توسط پزشک بسته شود، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود باید توسط پرستار، ماما یا هوشبری

مسئول بیمار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود.



7-2-5- دستورات پزشک باید توسط پرستار، ماما یا هوشبری مسئول بیمار به وسیله خودکار قرمز از آخرین دستور با شماره گذاری در سمت مقابل شماره هر دستور پزشک از پایین به بالا (به طوری که آخرین دستور شماره 1 باشد) چک شود و همزمان براساس "راهنمای کاردکس نویسی" به شماره مدرک WNH-DOC-EDU-00427-01 در کاردکس بیمار نوشته شود.

8-2-5- ثبت صحیح دستورات پزشک باید برای هر دستور با علامت چک مارک در فرم دستورات پزشک تایید شود و در نهایت تعداد دستورات چک شده به حروف نوشته و با تاریخ و ساعت ثبت، توسط پرستار، ماما یا هوشبری مسئول بیمار مهر و امضا شود.

9-2-5- دستورات پزشک مشاور باید توسط پرستار مسئول بیمار به تایید پزشک معالج رسانده شود و در فرم دستورات پزشک ثبت گردد.

10-2-5- در صورت ضرورت، دستورات تلفنی "طبق خط مشی و روش دستور تلفنی" به شماره مدرک "WNH-PNP-NUR-00005-02" توسط پرستار مسئول بیمار اجرا گردد.

3-5- ثبت برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

1-3-5- سربرگ و ثبت مشخصات بیمار باید توسط منشی بخش تکمیل شود.

2-3-5- تاریخ عمل، تشخیص قبل از عمل، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست) برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن باید توسط پرستار، ماما یا هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

3-3-5- فشارخون موقع پذیرش و پس از داروهای بیهوشی، قند خون، اوره خون، هموگلوبین و هماتوکریت، گروه خون، ارهاش (مثبت Positive / منفی Negative)، ساعت آخرین ادرار، علایم حیاتی قبل از عمل، داروهای تحت درمان، داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده از آنها، اثر داروهای قبل از بیهوشی و اشاره به وجود یا عدم وجود اعضای مصنوعی و ملاحظات باید توسط پرستار، ماما یا هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

4-3-5- پس از تکمیل این فرم، باید توسط پرستار، ماما یا هوشبری مسئول بیمار با درج نام و نام خانوادگی پرستار، مهر و امضا گردد.

5-3-5- بعد از تحویل بیمار از پرستار بخش، کلیه موارد فرم باید توسط پرستار یا کارشناس هوشبری چک و تایید گردد.

6-3-5- برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جا اندازی و گچ گیری و آندوسکوپی، این فرم باید توسط پرستار، ماما یا هوشبری مسئول بیمار تکمیل شود.

4-5- ثبت برگ گزارش پرستار

1-4-5- سر برگ و مشخصات بیمار باید توسط منشی بخش ثبت گردد.

2-4-5- اصول استاندارد گزارش نویسی مطابق "راهنمای مستندسازی و گزارش پرستاری" به شماره مدرک "WNH-DOC-EDU-00435-01" باید توسط پرستار، ماما، هوشبری و اتاق عمل مسئول بیمار انجام و ثبت گردد.

3-4-5- جهت ثبت ساعت در گزارش پرستاری توسط پرستار، ماما، هوشبری و اتاق عمل مسئول بیمار، باید به طور دقیق و با فرمت دیجیتال از صفر (00:00) تا (23:59) استفاده شود.

4-4-5- در گزارش پرستاری بدو ورود باید نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار، تاریخ و ساعت ورود به بخش، همراه بیمار، شکایت اصلی بیمار، تشخیص پزشکی اولیه، نحوه ورود بیمار به بخش (پای خود، ویلچر، برانکارد و ...) و محل حضور قبلی بیمار (منزل، بخش، اتاق عمل و ...) توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.



5-4-5- در گزارش پرستاری بدو ورود باید ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت جسمی (نتیجه معاینات فیزیکی انجام شده)، علایم حیاتی در زمان پذیرش، سلامت روحی (آرام، مضطرب و ...)، سابقه مصرف دارویی، سلامت جسمی و ثبت خطر بیمار از نظر زخم بستر، سقوط، ترومبوآمبولی وریدی، درد مطابق با معیار ابلاغی بیمارستان توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-6- ارزیابی شرایط پر خطر در هر شیفت باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-4-7- گزارش پرستار باید نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی، رفتاری و روحی بیمار، و مداخلات مجاز پرستاری باشد. گزارش پرستاری باید شامل کلیه اقدامات دارویی شامل داروهای داده شده و دوز آنها توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود و کلیه اقدامات درمانی انجام شده توسط پرستار مثل پانسمان، وصل سرم، نوار قلب و ... درج گردد.

5-4-8- ساعت اطلاع به پزشک، نام پزشک، ساعت حضور و هنگام ویزیت بیمار باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-9- نوع نمونه های آزمایشات ارسال شده به آزمایشگاه باید توسط پرستار، ماما، هوشبری و اتاق عمل مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-10- وضعیت عمومی بیمار مثل درد، غذا و اشتها، دفع، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب) باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-11- علایم حیاتی بدو ورود باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود. (صرفا نوشتن "علایم حیاتی چک شد" صحیح نیست).

5-4-12- رفتار بیمار: مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار نوشته شود.

5-4-13- عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری (مثال: اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه بر تب، گرما و سرما بر کاهش تورم و ... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست)) باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-14- حوادث غیر مترقبه: فرار، سقوط، حساسیت و آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن مسئولین، باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد. همچنین باید اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار، قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.

5-4-15- موارد پاراکلینیک: جواب آزمایشات، گرافی ها، باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار چک و به اطلاع پزشک رسانده شود و اجرای پیگیری های لازم ثبت و برگه های لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود.

5-4-16- ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپ، مسئول تغذیه، بیهوشی و ...) باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-17- پیشرفت بیمار و آموزشهای داده شده به وی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-18- موارد آموزش داده شده بدو ورود به بیمار و یا همراهان شامل نکات ایمنی، بهداشتی و پیشگیرانه، قوانین و مقررات بخش و بیمارستان، معرفی تیم درمان و افراد شاغل در بخش، نحوه انتقاد، استفاده از زنگ احضار پرستار و تخت و بدسایدها، اهمیت مچبند شناسایی و نگهداری از آن باید در گزارش پرستاری بدو ورود توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-19- موارد آموزش داده شده حین بستری به بیمار و یا همراهان شامل تعریف و سیر بیماری، عوارض احتمالی، مراقبت از خود، مراقبت های دارویی، مدیریت درد و ... باید در گزارش پرستاری حین بستری توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.



5-4-20- موارد آموزش داده شده در زمان ترخیص به بیمار و یا همراهان با استفاده از پروتکل ترخیص ایمن استاندارد SMART شامل علایم و نشانه های خطر برای مراجعه، داروهای مصرفی در منزل، پیگیری های پس از ترخیص، زمان و نحوه مراجعه جهت دریافت نتایج آزمایشات پاراکلینیکی که تا زمان ترخیص بیمار، جواب آنها آماده نشده باشد، راهنمای مراقبت در منزل (وضعیت حرکتی و فعالیت بیماران در منزل، نحوه تعویض پانسمان و مراقبت از زخم، رژیم غذایی و مواد غذایی مجاز و غیر مجاز برای مصرف) معرفی فرم مراقبت از خود و آموزش حین ترخیص و اطلاع روش های ارتباط با بیمارستان، باید در گزارش پرستاری هنگام ترخیص توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-4-21- وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان باید توسط پرستار و ماما مسئول بیمار ثبت شود. (حتی در صورت سالم بودن نوزاد در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت).

5-4-22- تاریخ و ساعت گزارشات باید توسط پرستار، ماما، اتاق عمل و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

تبصره 1: درج امضای پرستار همراه با مهری که حاوی مشخصات وی می باشد، یا امضای پرستار که حاوی درج مشخصات و یا بصورت دستی می باشد به همراه مهر بخش الزامی است.

5-4-23- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن، توسط پرستار، ماما، اتاق عمل و هوشبری مسئول بیمار اجتناب گردد.

5-4-24- باید روی کلمات اشتباه توسط پرستار، ماما، اتاق عمل و هوشبری مسئول بیمار خط کشیده و عبارت "اصلاح شده" نوشته و گزارش صحیح بعد از آن ادامه یابد. در پایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی به حروف ذکر شده و بدون باقی گذاشتن فضای خالی مهر و امضا و سمت پرستار مشخص شود.

5-4-25- در قسمت اقدامات دارویی و درمانی، شکل و نام و دوز و راه مصرف دارو و زمان مصرف باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد. در مورد داروهایی که قبل از تزریق نیاز به حلال دارند نوع حلال و مقدار آن ثبت شود.

5-4-26- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی باید به طور کامل توسط پرستار، ماما، اتاق عمل و هوشبری مسئول بیمار بسته شود.

5-4-27- در صورت تجویز داروهای پر خطر و داروهای 12 گانه هشدار بالا مطابق "لیست داروهای پرخطر قفسه دارویی بیمارستان نیکان غرب" شامل: بلوک کننده های نوروماسکولار (آتراکوریوم، سیس آتراکوریوم و پانکرونیوم)، کلیه مخدرا (مورفین، متادون، پتادین، فنتانیل، ترامادول، اکسی کدون و ...)، کنتراست های تزریقی (آیوهگزال، امنی پک، ویزی پک، دوتارم و ...)، داروهای بیهوش کننده عمومی (پروپوفول، تیوپنتال، کتامین، ایزوفلوران، اتومیدیت)، بیهوش کننده های لوکال (بوپیواکاین)، هالوتان، آلتپلاز، استرپتوکیناز، انوکسپارین، ريواروکسaban، وارفارین، دابیگاتران، آنتی دیابت ها (تمام انواع انسولین، متفورمین، گلی بن کلامید، گلی کلازید، رپاگلیناید، سیتاگلیپتین، آکاربوز، پیوگلیتازون)، فقط 2 آنتی بیوتیک ونکومايسين و سفتریاکسون، آنتی فونگال (تنها آمفوتریسین بی)، ایمونوساپرسنت ها (متوتروکسات، بلثومايسين)، محلول های تغذیه کامل وریدی (اینترالیپید و آمینواسید)، آمیودارون، دکستروز 10-20-50 درصد، دوبوتامین، دوپامین، دیگوکسین، لابتالول، میدازولام، نالوکسان، نوراپی نفرین، وازوپرسین، وراپامیل، آدنوزین، پروکایین آمید، متوپرولول، فنوباربیتال، فنیل افرین، افرین و داروهای 12 گانه هشدار بالا مانند: تمام الکترولیت های تزریقی (پتاسیم کلرید، سدیم هایپرسالین، منیزیم سولفات، کلسیم گلوکونات، سدیم بی کربنات)، اپی نفرین، آتروپین، لیدوکاین، پروپرانولول، رتپلاز و هپارین و هالوپریدول در انتهای گزارش پرستاری باید با ذکر عبارت "پرستار شاهد" توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار دبل چک، مهر و امضا شود.

5-4-28- اقداماتی که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند باید توسط پرستار، ماما، اتاق عمل و هوشبری مسئول بیمار گزارش شود.



29-4-5- مراقبتهای دارویی، درمانی بیماران و ثبت مستندات توسط پرستاران جدیدالورود باید با نظارت سرپرستار بخش یا مسئول شیفت انجام گیرد.

30-4-5- گزارش نویسی بخش نوزادان، باید توسط پرستار مسئول بیمار طبق راهنمای تکمیل شیت بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU) شهریور 95 ثبت گردد.

31-4-5- گزارش نویسی بخش ICU، باید توسط پرستار و هوشبری مسئول بیمار طبق راهنمای تکمیل شیت های بخشهای مراقبتهای ویژه (ICU) - شهریور 95 ثبت گردد.

5-5- ثبت برگ ارزیابی اولیه بیمار

1-5-5- ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بزرگسال بخشهای بستری توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار انجام شود. ارزیابی بیماران روان، کودک بر اساس فرمهای ویژه این بخشها انجام شود.

2-5-5- در بخش اورژانس پیرو نامه ابلاغی معاونت درمان شماره 26398 / 130 / ص/ 95 ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است و در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش باید در اولین بخش بستری ارزیابی اولیه باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار انجام شود.

3-5-5- درخصوص بیماران تعیین تکلیف شده در بخش اورژانس که پرونده سرویس پزشک معالج تشکیل شده است، در صورتی که بیمار به هر علتی بیش از 12 ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشد باید فرم ارزیابی اولیه پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار تکمیل شود.

4-5-5- در بخش دیالیز ارزیابی اولیه طبق فرم ارزیابی اولیه ابلاغی وزارت بهداشت به شماره 400 / 11309 انجام گردد و در مواردی که بیماران بصورت برنامه ریزی شده و منظم به آن مراجعه می کنند، ارزیابی اولیه باید در اولین مراجعه بیمار توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار تکمیل گردد.

5-5-5- درخصوص بیماران سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی در اولین مراجعه بیمار به بخش سرپایی در مواردی که بیماران به صورت برنامه ریزی شده و منظم مراجعه می نمایند، یکبار فرم ارزیابی اولیه پرستاری باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار تکمیل و در پرونده این بیماران ثبت شود و صرفا در صورت ایجاد تغییر وضعیت این گروه از بیماران در مراجعه بعدی مجدد ارزیابی اولیه انجام گردد و در غیر این صورت انجام یکبار ارزیابی اولیه کفایت می نماید.

6-5-5- در بخش نوزادان باید ارزیابی اولیه نوزاد تا تدوین و ابلاغ فرم های مربوطه بر اساس دستورالعمل های ابلاغی معاونت بهداشت توسط پرستار مسئول بیمار انجام گردد.

7-5-5- ارزیابی اولیه کودک و بزرگسال باید طبق راهنمای ابلاغی معاونت درمان توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

8-5-5- اطلاعات بیمار باید در سربرگ فرم ارزیابی اولیه توسط منشی ثبت گردد.

9-5-5- ارزیابی اولیه باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار و با مصاحبه با بیمار و مشاهده و بررسی پرستار تکمیل شود. در صورتی که به هر علتی امکان کسب اطلاعات قابل اعتماد از بیمار (جسمی، روحی و روانی) وجود نداشت، مصاحبه با یکی از افراد خانواده که دارای بیشترین و دقیق ترین اطلاعات درخصوص وضعیت بیمار می باشد انجام شود.

10-5-5- برای شروع درمان صحیح و سریع ایده آل است که در بخش های بالینی فرم ارزیابی اولیه بلافاصله در بدو ورود بیمار به بخش (حداکثر یک ساعت از زمان پذیرش بیمار) توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار تکمیل گردد. اما باتوجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران می تواند تا انتهای همان نوبت کاری انجام شود.



تبصره 2: ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود و در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر (به جز بخش روان که نیاز به تکمیل فرم های ارزیابی اولیه پرستاری بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان دارد) نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست اما ضروری است در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد.

5-5-11 ساعت های ورود به بخش و شروع ارزیابی باید به طور دقیق و با فرمت دیجیتالی از صفر (00:00) تا (23:59) توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-5-12 بخش اطلاعات پایه شامل میزان تحصیلات، دین و وضعیت تاهل / وضعیت بارداری و شیردهی / منبع اطلاعات و مشخصات فردی که در مواقع ضروری با او تماس گرفته شود / علایم حیاتی بدو ورود / نحوه ورود و لوله و اتصالات باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-5-13 وضعیت ارتباطی شامل سطح هوشیاری و آگاهی به زمان و مکان شخص / زبان و نوع گویش و نیاز داشتن به مترجم / نحوه صحبت کردن و وضعیت همکاری بیمار و توضیحات مربوط به علت عدم همکاری باید به طور کامل توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-5-14 در بخش تاریخچه و سلامتی باید شکایت اصلی (علت مراجعه بیمار) / علت بستری / سابقه بستری شدن در بیمارستان، تاریخ آخرین بستری، علت آخرین بستری / سابقه جراحی و ذکر نوع جراحی / سابقه بیماری (جسمی، روانی، اختلال مادرزادی) در صورت داشتن سابقه نام بیماری / سابقه بیماری در اعضای درجه یک خانواده (جسمی و روانی) نام بیماری، نسبت فرد با بیمار / سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی و سابقه هر نوع واکنش به آنها / عادات و عوامل خطر / خواب و استراحت / حساسیت دارویی، نوع دارو، نوع واکنش / حساسیت غذایی، نوع غذا، نوع واکنش توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد.

5-5-15 در قسمت ارزیابی سیستم ها، بر اساس مصاحبه، مشاهده و معاینه وضعیت عصبی و مردمک ها / وضعیت قلبی - عروقی / وضعیت تنفسی / وضعیت گوارشی / وضعیت ادراری - تناسلی / وضعیت پوست / وضعیت اسکلتی - عضلانی / وضعیت روحی - روانی (ظاهر کلی، تناسب ظاهر) / وضعیت سایر سیستم ها باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد.

5-5-16 سوابق دارویی بیمار به منظور مدیریت مصرف صحیح و ایمن داروها، باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد. در این قسمت لازم است داروهایی که بیمار قبل از زمان بستری در حال مصرف آن می باشد مشخص و در جدول مربوطه درج گردد.

5-5-17 در قسمت محدودیتها و ناتوانایی ها، وضعیت شنوایی، بینایی و نقی عضو / وسایل کمکی و پروتزها / توانایی استفاده از زنگ احضار پرستار / توانایی انجام فعالیت روزانه زندگی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد.

5-5-18 در قسمت ارزیابی وضعیت تغذیه ای، ویژه بزرگسالان (شامل سن 19 سال و بالاتر) از جمله مادران باردار بوده و نوجوانان بستری در بخش بزرگسال است که باید وزن / قد / نمایه توده بدنی (BMI) بزرگسالان / زد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از 19 سال) BMI (Score-Z) / BMI کمتر از 20 در بیمار بزرگسال / زد اسکور کمتر از 2- و یا بیشتر از 2+ در گروه سنی نوجوانان / کاهش وزن (بیش از 5 درصد وزن معمول بیمار) طی سه ماه اخیر / بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل طی هفته گذشته / داشتن بیماری ویژه باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-5-19 در مواردی که ابتلا به یکی از بیماری ها یا شرایط زیر وجود داشته باشد، باید ارزیابی تخصصی تغذیه (با استفاده فرم مربوطه) و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه صورت گیرد:

- در صورتی که بیماری فرد حاد یا وضعیتی او وخیم و مبتلا به یکی از بیماری های ویژه مانند (دیابت، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، سوختگی، سکته، سیروز کبدی، سو تغذیه، سو جذب، نارسایی کلیه، همودیالیز، زخم بستر، بیماری های نورولوژیک منجر به اختلال در



بلع، جراحی شکمی، پنومونی و بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل است.

- در گروه سنی کمتر از 19 سال بیماری های ویژه شامل (سو تغذیه مثلاً ناشی از بیماری های گوارشی، سرطان، سوختگی، بیماری های کلیوی، سلپاک و بیماری های گوارشی، بیماری های مادرزادی و بیماری های متابولیک) می باشد.
- در مورد مادران باردار (وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی) مورد تاکید برای اطلاع رسانی به پزشک و درخواست مراجعه کارشناس تغذیه است.

5-5-20 در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد باید با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی از طریق درج در سیستم HIS و یا با تماس تلفنی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار انجام شود.

5-5-21 احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری (با ابزار برادن) باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد. در صورتی که امتیاز بدست آمده بیمار با ابزار برادن 12 و کمتر از آن بود، لیبل زرد رنگ مربوطه روی مچ بند شناسایی بیمار چسبانده شود و در کاردکس بیمار هم در فضای مشخص شده ثبت می شود. باتوجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال ابتلا به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت باید ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود.

5-5-22 احتمال خطر سقوط (با ابزار مورس) باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد. در صورتی که نمره مورس بیمار 25 و بالاتر از آن بود، لیبل زرد رنگ مربوطه روی مچ بند شناسایی بیمار چسبانده شود و در کاردکس بیمار هم در فضای مشخص شده ثبت شود.

5-5-23 برای بیماران در معرض خطر بالا (از نمره 45 به بالا) در هر شیفت باید نمره مورس توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار چک شود و برای سایر بیماران در صورت هر تغییر سطح مراقبتی باید نمره مورس چک شود و در گزارش پرستاری ذکر شود.

5-5-24 در بخش غربالگری و بررسی درد، محل درد بیمار و ... باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ارزیابی و ثبت گردد.

5-5-25 نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار بررسی و ثبت گردد و در صورت مثبت بودن هر یک از موارد مندرج (به شرح ذیل) واحد مددکاری بیمارستان را مطلع نماید:

- گروه پرخطر اجتماعی: کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)/ اقدام به خودکشی/ اختلالات روانپزشکی/ بی خانمانی و مجهول الهویه بودن/ بیماری های خاص (شامل تالاسمی، هموفیلی و دیالیز)، صعب العلاج (مثل MS، دیابت و سرطان)، بیماری های نادر (مانند فنیل کتونوریا PKU و سندرم پوست پروانه ای EB)

- وجود مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه و اتباع غیر ایرانی)

- عدم حضور همراه موثر

- ارجاع از ارگان های قضایی و حمایتی

5-5-26 ارزش های مذهبی فرهنگی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار بررسی و ثبت گردد.

5-5-27 نیاز های آموزشی و خود مراقبتی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد و بر اساس آن برنامه های مراقبتی در گزارش پرستاری ثبت گردد.

5-5-28 سطوح مراقبتی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی معاونت درمان تعیین و ثبت گردد.



5-5-29 مهم ترین تشخیص پرستاری حاصل از نتایج ارزیابی بدو ورود بیمار باید بر اساس راهنمای "تشخیص های پرستاری ناندا" " به شماره مدرک "WNNH-DOC-EDU-00588-01" ب توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد و جهت تنظیم و اولویت بندی برنامه های مراقبتی در گزارش پرستاری نوشته شود.

5-5-30 نام نام خانوادگی، ساعت و تاریخ ارزیابی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-6- ثبت برگ مراقبت بعد از عمل جراحی

5-6-1 سر برگ مشخصات بیمار باید توسط منشی تکمیل شود.

5-6-2 نوع عمل جراحی و بیهوشی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-6-3 تاریخ عمل و ساعت ورود و خروج به اتاق ریکاوری باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت شود.

5-6-4 ثبت این فرم نشان دهنده وضعیت بیمار از هنگام ورود به اتاق ریکاوری تا زمان خروج از اتاق ریکاوری است و باید توسط متخصص بیهوشی و کارشناس هوشبری یا پرستار اتاق ریکاوری تکمیل گردد، بنابراین علایم حیاتی بیمار، وضعیت تنفس، مایعات داده شده به بیمار، معایات دفع شده، اقدامات و داروهای داده شده در اتاق ریکاوری و ... باید در این فرم ثبت شود و ثبت این اطلاعات الزامی است.

5-6-5 دستورات پزشک باید توسط پزشک ثبت و با مهر و امضا تایید شود.

5-6-6 مشاهدات پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار باید ثبت و با مهر و امضا توسط شخص تکمیل کننده تایید گردد.

5-6-7 مهر و امضا متخصص بیهوشی و پرستار/ کارشناس هوشبری اتاق ریکاوری باید ثبت شود.

5-7- ثبت برگ نمودار علایم حیاتی

5-7-1 در برگه چارت علایم حیاتی مشخصات کامل بیمار باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-7-2 تاریخ روزهای بستری در برگ نمودار علایم حیاتی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-7-3 تعداد روزهای بستری در برگ نمودار علایم حیاتی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-7-4 تعداد روزهای بعد عمل در برگ نمودار علایم حیاتی باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-7-5 چارت حرارت، نبض، فشارخون و تنفس باید مطابق با پروتکل های بیمارستان در دو نوبت صبح (06:00) و عصر (18:00) به درستی توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار در نمودار ثبت گردد.

5-7-6 چارت حرارت باید با رنگ قرمز و نبض، فشارخون و تنفس با رنگ آبی توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار رعایت گردد.

5-7-7 علایم حیاتی باید در بدو ورود بیمار توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-7-8 در موارد پرخطر علاوه بر ثبت برگ نمودار علایم حیاتی، نیز باید در گزارش پرستاری توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-7-9 میزان جذب و دفع مایعات ثبت شده در هر شیفت باید توسط پرستار، ماما، کارشناس هوشبری مسئول بیمار شیفت شب ارزیابی، محاسبه و سپس جمع 24 ساعته آن، میزان مایعات دریافتی از طریق دهان، از راه ورید، خون و حجم مایعات دفعی از راه ادرار، مدفوع و سایر ترشحات بیمار در ساعت 06:00 ثبت گردد.

5-7-10 فشار خون و حرارت باید در قسمت مخصوص خود (پایین فرم چارت علایم حیاتی) توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-8- ثبت برگ کنترل علایم حیاتی



1-8-5 در برگه علایم حیاتی مشخصات کامل بیمار باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

2-8-5 علایم حیاتی اولیه بیمار باید به صورت کامل در بدو پذیرش در برگه، با ذکر تاریخ و ساعت و نام و امضا توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

تبصره 3: علایم حیاتی ثبت شده با علایم حیاتی واقعی بیمار مطابقت داشته باشد.

3-8-5 علایم حیاتی بیمار طبق درخواست پزشک یا طبق روتین (هر 6 ساعت) باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

4-8-5 کنترل علایم حیاتی بیمار پس از جراحی یا پروسیجرهای تشخیصی درمانی پرخطر (مانند اسکوپپی ها و ...) باید با فرمول **4-4-2** به صورت اندازه گیری 4 نوبت تا 15 دقیقه برای یک ساعت اول بعد از عمل، 4 نوبت تا 30 دقیقه برای دو ساعت بعد، سپس 2 نوبت هر یک ساعت تا ثابت شدن علایم حیاتی بعد از آن طبق دستور پزشک یا طبق روتین، با ذکر تاریخ و ساعت و نام پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-8-5 در موارد پرخطر علاوه بر ثبت برگ کنترل علایم حیاتی، باید در گزارش پرستاری در بازه زمانی تعیین شده مطابق با دستور پزشک، توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

6-8-5 در قسمت مشاهدات و ملاحظات مراقبت های پرستاری در ارتباط با کنترل علایم حیاتی باید طبق دستور پزشک توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

9-5- ثبت برگ جذب و دفع مایعات

1-9-5 در سربرگ کنترل جذب و دفع مایعات، مشخصات کامل بیمار باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

2-9-5 جذب و دفع مایعات باید طبق دستور پزشک معالج توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار انجام گردد.

تبصره 4: به منظور اندازه گیری مایعات مصرفی، هر نوع مایع مصرف شده و یا به کار رفته مانند مایعات خوراکی، غذاهای مایع، تغذیه با لوله/ گاوژ، فراورده های خون، مایعات تزریقی، داروهای وریدی، محلول های شست و شوی کاتتر یا لوله باید ثبت شوند.

تبصره 5: جهت اندازه گیری مایعات دفعی ادرار دفع شده، مدفوع آبکی، استفراغ و درناژ لوله/ لاولژ، ترشح از زخم و فیستول با رعایت اقدامات احتیاطی مناسب کنترل عفونت باید ثبت گردد.

3-9-5 خط کسری در ستون مایعات وریدی پیش بینی شده که باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار در صورت کسر، سرم دریافتی و در مخرج کسر، میزان سرم باقیمانده بیمار ثبت شود.

4-9-5 در بخش های ویژه اندازه گیری میزان جذب و دفع مایعات هر یک ساعت و در سایر بخش ها طبق دستور پزشک و یا در پایان هر شیفت (هر 6 ساعت) باید با ذکر نام و امضا توسط پرستار و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

5-9-5 حجم میزان جذب و دفع مایعات ثبت شده در هر شیفت باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار شیفت شب محاسبه و سپس جمع 24 ساعته آن، جمع کل جذب و جمع کل دفع با ذکر نام و امضا ثبت گردد.

6-9-5 نوع و میزان سرم دریافتی و نوع رژیم غذایی بیمار در پایین فرم باید توسط پرستار، ماما و هوشبری مسئول بیمار ثبت گردد.

تبصره 6: جهت رعایت اصول استاندارد کاردکس نویسی مطابق با "راهنمای کاردکس نویسی" به شماره مدرک "WNH-DOC-EDU-00427-01" اقدام گردد.



6- پایش و نظارت:

6-1- پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط سوپروایزر آموزشی، با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط ، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر آموزشی به مدیر پرستاری و هر 6 ماه در کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان مطرح خواهد شد .

6-2- نظارت : نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:

6-2-1- نظارت بر عملکرد سرپرستاران، گروه های پرستاری در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی خواهد بود .

6-2-2- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی و پزشکان در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 7: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر آموزشی به ترتیب به مدیر پرستاری و مدیر درمان، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مرجع تایید این سند خواهد بود.

7-2- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

7-4- بازنگری: این سند توسط سوپروایزر آموزشی با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان و مدیر پرستاری، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

8-1- دستورالعمل های ابلاغی معاونت درمان

8-2- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم- سال 1401

8-3- راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری (بزرگسال)- پاییز 1396

8-4- راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک - پاییز 1396

8-5- راهنمای تکمیل شیت های بخشهای مراقبتهای ویژه (ICU) - شهریور 1395

8-6- راهنمای تکمیل شیت بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU) - شهریور 1395

8-7- دستورالعمل ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی معاونت درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی شهریور 95

8-8- راهنمای کاردکس نویسی

8-9- راهنمای مستندسازی و گزارش پرستاری

8-10- تشخیص های پرستاری ناندا



11-8-مبانی پرستاری کوزیر و ارب ویرایش یازدهم سال 2021 ترجمه دهقان نیری و همکاران تهران اندیشه رفیع چاپ اول 1400

تهیه کنندگان	هاله مطلبی - دبیر کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	دکتر لیلا عبدالله زاده - کارشناس نظارت بر درمان	الهام محمودی - سوپروایزر آموزشی	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری
تایید اولیه	دکتر مهلائی معصومی مدیر بخش آموزش درمان	تأیید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مورخ 1404/10/29	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی	کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ بیمارستان نیکان غرب	تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب	