

حداقل های گزارش پرستاری شامل: ساعت و تاریخ، شکایت اصلی (بیان مشکل از زبان بیمار) ، علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج) ، نحوه ورود به بخش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، ارزیابی سلامت جسمی، سلامت روحی، ثبت توضیحات و آموزش های لازم به بیمار و خانواده، ثبت برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده و نتایج پیگیری برنامه ها، ثبت نتایج ارزیابی پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی و درمانی حداقل در پایان هر شیفت، ثبت برنامه کنترل شرایط تهدیدکننده ایمنی، ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالجو نام ومهر پرستار مسئول بیمار می باشد.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

۱. حقیقت Actual

۲. دقت Accuracy

۳. کامل و مختصر Completeness Concis

۴. پویا Current ness

۵. سازماندهی Organization

۶. محرمانه Confidential

حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.

گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند.

- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

- به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهرا و ممکن است استفاده نکنید.

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

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

دقت در گزارش نویسی

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

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ CC مایعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

- در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.

- چنانچه گزارش پرستاری دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطة کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست

- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

کامل بودن گزارش:

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

- در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود

مثال

گزارش طولانی

انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پای در پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.

گزارش مختصر

انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخنها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای قوی، ۴+ دو طرفه و بدون التهاب است.

پویا بودن گزارش:

علائم حیاتی- تجویز دارو و اقدامات درمانی - آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی - تغییر در وضعیت سلامت- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار- درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش:

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

محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد.

بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای- محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد-محتوی ناقص یا بی ثبات- محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد-محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی- امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر- تحریف گزارش- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش- ناخوانا بودن گزارش- ناخوانا بودن گزارشدرهم برهمی و کثیفی گزارش- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض - رونویسی اشتباهات امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

➤ پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.

➤ اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.

➤ جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند

- چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
- در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

شرح فعالیتها (روشهای اجرایی):

۱. بمنظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش خوانا ، مرتب ، خلاصه و مفید باشد .
 ۲. از خودکار آبی و مشکی جهت ثبت گزارشات استفاده شود و از مداد استفاده نشود .
 ۳. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات بطور کامل از ۱ تا ۲۴ نوشته شود .
 ۴. جهت ثبت علائم حیاتی حتی المقدور از چارت های گرافیکی آن استفاده شود.
 ۵. نوشتن نام و نام خانوادگی بیمار در هر صفحه ضروری است چرا که با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش ، می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود
 ۶. از اختصارات استاندارد و بین المللی استفاده گردد و از اختصاراتی که ممکن است معانی مختلفی داشته باشند نباید استفاده شود .
 ۷. نباید دست خط های مختلف در ثبت وجود داشته باشد .
 ۸. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک یا سیاه کردن اجتناب نمایید
- دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در ثبت گزارش به شرح ذیل است:**
۱. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
 ۲. در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است یا اشتباه در ثبت
 ۳. تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.
 ۹. برای اضافه کردن مطلب جدید به گزارشات قبلی، علاوه بر درج تاریخ و ساعت جدید ، بنویسید ضمیمه گزارش قبلی(تاریخ و ساعت گزارش قبلی را نیز درج کنید) و امضا نمائید .
 ۱۰. از گنجاندن مطالب جدید در لابلای گزارش قبلی خودداری کنید .
 ۱۱. در صورت طولانی بودن گزارشات باید نوشته شود(ادامه دارد) امضا و مهر شود و بعد وارد صفحه بعدی شد .
 ۱۲. جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

۱۳. ساعت و تاریخ پذیرش در بخش ، بامهر و امضای پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت شود
۱۴. شکایت اصلی بیمار (chief complain) ، علت بستری و نحوه ورود بیمار (مانند صندلی چرخدار) در بدو پذیرش در بخش ، در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت شود.
۱۵. نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت جسمانی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش ، در گزارش پرستاری ثبت شود.
۱۶. در بدو پذیرش ، توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارائه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت شود.
۱۷. برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک توسط پرستار، پی گیری و در فرم گزارش پرستاری ثبت شود.
۱۸. تعداد و ریتم ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.
۱۹. در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتور، پیس میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
۲۰. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.

نکات مهم در زمینه اصول نگارش پرستاری

۱. در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمایید
۲. از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمایید.
۳. تمام اقدامات دارویی، درمانی همراه با ساعت اجرای آنها و واکنشهای بیمار را ثبت نمایید.
۴. ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
۵. کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید. (نام دارو ، دوز دارویی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو).
۶. با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
۷. با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان (شروع ، ادامه ، قطع دارو و یا ECT و....) کمک کننده باشد حتماً گزارش نمایید.
۸. از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
۹. پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (مهار فیزیکی یا شیمیایی بیمار) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.
۱۰. انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
۱۱. گزارش پذیرش بیمار باید شامل تاریخ وساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵ ، توسط همراهان و...) ، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.
۱۲. اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و...)
۱۳. انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
۱۴. در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهدعوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
۱۵. در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.

۱۶. در صورتیکه دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم 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.

۱۷. ثبت هرگونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و...) ضروری است!

۱۸. 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.

۱۹. دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

۲۰. کشیدن دایره قرمز دور دارو به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها).

۲۱. 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.

۲۲. اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۲۳. در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

I. دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود.

II. دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

III. زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده، اطلاعات داده شده و اطلاعات گرفته شده ثبت شود

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

I. اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

II. ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

III. دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

IV. اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

V. تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود

VI. حذف نکات مهم گزارش.

VII. ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.

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

۲۶. در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری وابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.

۲۷. آموزههای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.

۲۸. 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 بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

۲۹. پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود گزارش را به مهر اسمی خود ممهور نموده و امضاء نمائید و سپس در پایین گزارش خط صاف بکشید.

۳۰. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.

۳۱. گزارش پرستاری دانشجویان پرستاری توسط پرستارمسئول بیمار تایید و مهر و امضاء گردد.

۳۲. گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.

چه مواردی توسط پرستار در پرونده بیمار باید ثبت شود؟

۱- دستورات روتین یا ثابت :

باید واضح و روشن نوشته شده و به امضای پزشک رسانده شود و همیشه در بخش نگهداری گردد.

۲- دستورات PRN :

باید نام، دوز و راه مصرف دارو توسط پزشک قید شود.

۳- دستورات تلفنی:

دستورات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. و طبق دستورالعمل ارائه شده دستورات تلفنی عمل گردد.

۴- دستورات شفاهی :

در شرایط بحرانی مثل دستورات تلفنی عمل می گردد.

۵- دستورات پزشک مشاور:

باید به تایید پزشک معالج رسانده شود. (Reorder شود) و توسط پرستار مسئول شیفت چک گردد.

۶) ثبت 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 نوشته شود.

۷- 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) .

۸- ثبت 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 ثبت گردد. در هنگام وقوع حوادث باید مدیریت بیمارستان را در جریان قرار داد . هم چنین 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.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود :

نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.

هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود. برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.

حادثه باید هرچه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.

گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.

گزارش نباید کپی شود.

۹- ثبت موارد پاراکلینیک :

جواب آزمایشات و گرافی ها باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگه های لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود .

۱۰- اقدامات درمانی که سایر اعضای تیم درمان انجام می دهند .

۱۱- ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط روان شناس ، مسئول تغذیه ، بیهوشی و...) .

۱۲- درد ، غذا و اشتها ، دفع ، استراحت و خواب (مخصوصاً در شیفت شب) .

۱۳- سیر بیماری و آموزش های داده شده به وی .

گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه های از فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

- گزارش تعویض شیفت change of shift reports
- گزارش تلفنی Telephone reports
- گزارش انتقالی Transfer reports
- گزارش حوادث اتفاقی Incident reports

در گزارش ترخیص بیمار این موارد باید ذکر شود:

* آموزش در زمینه مراقبت از خود در خانه

آموزش در زمینه مصرف دارو، نام دارو، دوز آن، هدف از تجویز دارو، اثرات آن، زمان مصرف و عوارض جانبی احتمالی آن.

* اطلاعات در زمینه دارو باید به صورت کتبی و شفاهی باشد.

ساعات دقیق مصرف دارو ، روش های کار و درمان ها، رژیم غذایی ، ارجاع و اولین ملاقات پس از ترخیص ، تمامی جنبه های بیماری یا اثرات درمان ، تمامی آموزش های ارائه شده باید در گزارش مربوط به بیمار و خلاصه ای از برنامه ترخیص ثبت شود. ،

* دستورالعمل ها باید به صورت مکتوب در اختیار بیمار قرار گیرد.

* اجرای روش های مراقبتی به صورت عملی نشان داده شود؛ و عملاً با بیمار و خانواده او تمرین کرد.

گزارش فوتی

وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)

ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)

ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد).

ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی ملحفه چسبانیده شود.

گزارش به اعضاء خانواده یا نزدیکان بیمار

پرستاران می توانند تشخیص دهند که به کدامیک از ملاقات کنندگان بیمار می توان گزارش بیماری را داد. نتایج بیماری را معمولاً پزشک به بیمار اطلاع می دهد. به هر حال اطلاعاتی که به همراهان بیمار داده می شود، باید در نهایت احترام و توانایی درک شخص گیرنده پیام، و نیز دلسوزانه باشد.

برخی از موارد قصور در پرستاران به ترتیب تکرار

- ۱- اجرای اشتباهی درمان ۲- سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت ۳- اشتباهات دارویی ۴- قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات ۵- بکارگیری تجهیزات ناقص و معیوب ۶- قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال ۷- قصور در بررسی و گزارش تغییرات ۸- قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار ۹- قصور در نگه داشتن اطلاعات محرمانه بیماران ۱۰- قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت بموقع

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 دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون، نکات اساسی در ثبت گزارش لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG، تعداد و میزان دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون دارو درمانی (نوع و دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید. واکنش مردمکها، افراد عضو تیم احیاء،
زمان خاتمه CPR

گزارش تلفنی:

۱. صدور دستور شفاهی یا تلفنی (پزشک معالج، رزیدنت یا انترن)
۲. تکرار دستور شفاهی یا تلفنی با تأکید بر دوز دارو و ساعت اجرا (پرستار مربوطه)
۳. ثبت در پرونده بیمار (در برگه دستورات پزشک با ثبت زمان و نام پزشک دستور دهنده و سمت) (مسئول شیفت)
۴. کنترل دستور پزشک (با تیک زدن و شماره گذاری از پائین به بالا) (مسئول شیفت)
۵. امضاء و تأیید دستور تلفنی و شفاهی (پرستار همکار در شیفت)
۶. اجرای دستور (پرستار مربوطه)
۷. امضاء و مهر دستور در اولین فرصت (پزشک معالج، رزیدنت یا انترن)

گزارش ترانسفوزیون خون

- درخواست خون: فرم درخواست خون سه برگی می باشد که مشخصات آن بایستی توسط پرستار به طور کامل صحیح و دقیق پر شود ، ثبت ترانسفوزیون ها و حاملگی های قبلی در فرم درخواست خون نیز مسئول بانک خون را موظف به جستجوی آنتی بادی های ناخواسته در خون بیمار می کند
- نمونه گیری از بیمار :ابتدا نام بیمار را پرسیده و سپس از وی خونگیری به عمل می آید، بعد از ریختن نمونه خون در لوله آزمایش نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، نام بخش شماره اتاق و تخت بیمار را به طور واضح روی برچسب لوله بنویسد.
- دریافت خون از بانک خون بیمارستان: مشخصات روی کیسه خون را با فرم درخواست خون چک کرده و بعد از اطمینان از انطباق با مشخصات بیمار، محتوی کیسه خون را از نظر سردی ، وجود لخته، همولیز، تغییر رنگ و
- نشت خون از کیسه بررسی کنید و موارد غیر طبیعی را بلافاصله گزارش کنید.
- گزارش ترانسفوزیون خون

تزریق خون: مواردی که باید حین تزریق در کارت شناسایی یادداشت گردد شامل: تاریخ تزریق، ساعت تزریق ، تعداد واحد خون یا پلاسما مصرفی، شماره کیسه های مصرفی ، علایم حیاتی بیمار طی زمان تزریق، امضاء پرستار

نکات مهم حین تزریق:

۱. حداکثر مدت زمان تزریق خون ۴ ساعت می باشد
 ۲. تشخیص هویت دقیق بیمار و کیسه خون
 ۳. قرار دادن صحیح سوزن تزریق در رگ
 ۴. استفاده از ست فیلتردار
 ۵. مراقبت متناوب از بیمار
 ۶. در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از آن جام اقدامات لازم در گزارش پرستاری تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون یا فراورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف خون، درمانهای انجام شده برای عوارض ثبت شود.
 ۷. کنترل علایم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون)
 ۸. و ثبت در چارت ترانسفوزیون خون کرایوپرسیپیتیت ، محصولات لیوفیلیزه همه محصولات خونی (خون کامل ، گلبول قرمز متراکم ، پلاکت باید با ست فیلتردار تزریق شود.
 ۹. در هر تزریق باید رگ مناسب ، آنژیوکت مناسب (نوع و شماره آن) انتخاب گردد.
 ۱۰. در موارد روتین (غیر اورژانس) خون کامل و یا گلبول قرمز متراکم معمولاً در یک یا دو ساعت تزریق می شود ، ($4-5 \text{ ml/kg/h}$) و بیش از ۴ ساعت نباید طول بکشد (در موارد اورژانس خون را با هر سرعتی می توان تزریق نمود)
 ۱۱. یکی از مهمترین و حساس ترین و نقطه عطف تزریق خون تعیین هویت بیمار و انطباق آن با کارت شناسایی و فرم درخواست خون و کیسه خون درست قبل از تزریق خون می باشد.
 ۱۲. از دیگر نکات با اهمیت حضور پزشک معالج بر بالین بیمار می باشد. در ۱۵ دقیقه اول که بیش از ۹۰٪ عوارض حاد رخ می دهد باید تزریق آهسته باشد ($2-3 \text{ ml/kg/h}$) و کنترل علایم زیر که از مهمترین نشانه های واکنش همولیتیک می باشد می تواند در شناسایی زودرس آن کمک کند.
 ۱۳. گزارش مانیتورینگ قلب
- تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، لیدهای استفاده شده با ریتم های خوانده شده مثال: در مانیتور بیمار ریتم سینوسی با PVC با $HR=150$ را نشان داد بیمار شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب دارد.

