



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان	
مرکز آموزشی درمانی نیک نفس	
عنوان: روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری انجام شده در گزارشات پرستاری	
کد: NH-NSM- DP -NR-01-05	کد سنج: الف-4-3-3
تاریخ تدوین: مهر 1394	تاریخ بازنگری بعدی: اردیبهشت 1403

اداره بهبود کیفیت و اعتباربخشی

ردیف	عنوان	شماره صفحه
1	روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری انجام شده در گزارشات پرستاری	2

تهیه کننده	تاییدکننده	تصویب کننده	ابلاغ کننده
بهناز عبدالمهی سوپروایزر	طیبه اژدری مترون	خانم دکتر میرمطلبی (رئیس مرکز)	خانم دکتر میرمطلبی (رئیس مرکز)

روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری انجام شده در گزارشات پرستاری

ردیف	اقدامات پرستاری
1	در ابتدای گزارش پرستاری، تاریخ و ساعت به طور کامل و دقیق (سال، ماه، روز) ذکر گردد.
2	به ساعت ورود و خروج بیمار به بخش و وسیله ورود به اتاق عمل، ساعت ویزیت اولیه دقیقاً اشاره شود.
3	به شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی همراه با علائم حیاتی اولیه در گزارش اشاره گردد.
4	دستورات دارویی ضمن همخوانی با دستور پزشک (با چک مارک پرستار) بسته شده و ثبت شود.
5	دستورات دارویی با رعایت قانون 7Right اجرا و در صورت بروز حساسیت/عوارض جانبی گزارش و ثبت شود.
6	به انجام شدن آزمایشات، گرافی ها، و یا جواب آنها و یا مشاوره و تعداد مشاوره ها یا سایر ویزیتها اشاره شود.
7	جواب آزمایشات غیر طبیعی و مواردی که نیازمند پیگیری می باشد و ساعت اطلاع به پزشک دقیقاً ثبت گردد.
8	تغییرات رفتاری، خلق و خو ماندافسردگی-گوشه گیری، تغییر ارتباطات کلامی و غیر کلامی با بیان خود بیمار ثبت شود.
9	وضعیت درد، تب، عکس العمل به اقدامات درمانی-مراقبتی (مسکن-پاشویه) دقیقاً بیان گردد.
10	کلیه علائم غیر طبیعی (تنگی نفس، تهوع، استفراغ، خونریزی) و سایر علائم در سیستم های دیگر به طور کامل ثبت شود.
11	روند مراقبت از بیمار و یا وضعیت نوزاد، ساعت انجام کلیه اقدامات درمانی (چک انقباض، NST) در هر نوبت ثبت شود.
12	وضعیت خواب و استراحت، اشتها، تغذیه و دفع بیمار ثبت شود.
13	آموزشهای لازم به بیمار و همراهان (بدو ورود- حین بستری و زمان ترخیص) ارائه و ثبت گردد.
14	کلیه موارد مربوط به (مراقبت قبل عمل-حین عمل-بعد عمل) توسط پرستار تکمیل و ثبت گردد.
15	به حفاظت و ایمنی بیمار، وقایع، حوادث و خطاهایی که اتفاقی رخ داده و اقدامات انجام شده به طور کامل اشاره شود.
16	موارد غیر طبیعی علائم حیاتی، اقدامات و عکس العمل بیمار درمورد انجام مراقبت پرستاری ثبت شود.
17	در صورت استفاده بیمار از هرگونه وسیله اضافی مانند اکسیژن، ونتیلاتور یا پالس اکسی متر و .. ذکر گردد.
18	تجویز تلفنی پزشک حداقل با دو امضاء پرستار به ثبت برسد و در گزارش ذکر گردد.
19	روی جملات اشتباه فقط خط کشیده و بالای آن نوشته شود D/C و در پایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شود و سپس امضاء، مهر و سمت فرد ثبت گردد.
20	گزارش بطور صحیح، مختصر، مرتبط، جامع، جاری، سازماندهی شده، محرمانه و با رعایت رازداری نوشته شود.
21	گزارشات خوانا، با خودکار آبی یا مشکی و بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی ثبت گردد.
22	گزارش پرستاری در هر شیفت و حتی در هنگام پاس ساعتی باید جداگانه ثبت شود و توالی آن رعایت گردد.
23	به جای واژه مبهم (خوب، نرمال، متوسط و مطلوب) وضعیت بیمار توصیف و ثبت شود.
24	از گذاشتن جای خالی در گزارش پرستاری خودداری شود.
25	انتهای گزارش با یک خط بسته شود تا امکان اضافه شدن هر موردی وجود نداشته باشد.
26	از اختصارات قابل قبول و استاندارد استفاده شود.
27	از تحریف گزارش دیگران (اضافه نمودن یا حذف مواردی از گزارش دیگران) اجتناب شود و در شیفت استراحت پرستار قبل باید گزارش را ببندد و پرستار بعد گزارش را با امضای خود ادامه دهد.
28	پایان گزارش دارای مهر و امضاء پرستار، تاریخ و ساعت باشد.
29	ارزیابی عملکرد پرستاران در بخش در زمینه روش ثبت صحیح اقدامات مراقبتهای پرستاری توسط سرپرستار انجام شود.
30	مداخلات اصلاحی سرپرستار براساس نتایج ارزیابی عملکرد پرستاران در زمینه ثبت صحیح اقدامات پرستاری انجام شود.