



اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کتباد



الگوی ساختارمند گزارش نویسی			
ردیف	مراحل	راهنما	توضیحات
۱	شرح حال مختصر بیمار	بیمار (آقا/خانم) نام بیمار، [سن] ساله، با شکایت، با تشخیص اولیه [تشخیص پزشکی] در بخش [نام بخش] و تحت نظر دکتر [نام پزشک معالج] از تاریخ [تاریخ بستری] بستری می‌باشد.	
۲	ارزیابی وضعیت بیمار	آگاهی و هوشیاری: [هوشیار/غیر هوشیار، تغییرات در سطح آگاهی] وضعیت جسمانی: [وضعیت تنفس، نبض، دما، فشار خون، درد، حرکت و غیره] وضعیت روانی: [اضطراب، خلق پایین، نرمال و ...] توجه به الگوی خواب بیمار	
۳	ارزیابی سیستم‌های بدن	تنفسی: [وضعیت تنفس، اکسیژن‌تراپی، سرفه و ...] گوارشی: [اشتها، تهوع، استفراغ، اجابت مزاج و ...] قلبی و عروقی: [ریتم قلب، درد قفسه سینه، تورم اندامها] ادراری: [دفع، سوند، تغییر رنگ، بو، حجم] عضلانی و اسکلتی: [قدرت حرکت، همکاری، تعادل] پوست و زخم: [وضعیت پانسمان، زخم فشاری، قرمزی و ...]	• خلط (رنگ و قوام).. • ارزیابی ریسک (زخم بستر، سقوط، ترومبوز، درد و ...) • رژیم غذایی: NPO، معمولی، دیابتی، ...، اشتها، تهوع، استفراغ، آخرین اجابت مزاج و ... • در گزارش زخم های فشاری به محل، ابعاد، درجه یا گرید، نوع بافت و ترشحات اشاره شود. • توانایی راه رفتن: مستقل/ با کمک اوابسته به تخت سالم یا دارای مشکل
۴	فرآیند پرستاری	تشخیص پرستاری: تشخیص ۱: [..] تشخیص ۲: [..] تشخیص ۳: [..] اقدامات پرستاری: اقدام ۱: [..] اقدام ۲: [..] اقدام ۳: [..] ارزیابی پاسخ بیمار به اقدامات: (پاسخ به دارو، کاهش درد، بهبود علائم، وضعیت تنفس و ...)	❑ مشکل (متناسب با مشکلات بیمار و براساس لیست NANDA) مثال: عدم رعایت رژیم غذایی ❑ سبب شناسی یا عوامل ایجادکننده مشکل (علت اصلی) مثال: نقص در آگاهی ❑ تعریف خصیصه‌های تشخیص (علائم و نشانه های مشکل) مثال: افزایش قندخون مشکل + در ارتباط با + سبب شناسی + که با + خصیصه های تشخیص + مشخص می شود مثال: عدم رعایت رژیم غذایی در ارتباط با نقص در آگاهی که با افزایش قندخون مشخص می شود
۵	اقدامات انجام شده در طول شیفت	تماس با پزشک در ساعت [..] انجام نمونه‌گیری و ارسال به آزمایشگاه انتقال بیمار برای سونوگرافی / CT / رادیوگرافی ثبت کلیه اقدامات در پرونده ساعت هماهنگی با بخش‌های پاراکلینیکی آموزش به بیمار انجام مشاوره ها	• در تماس با پزشک باید به نام پزشک، علت تماس و ساعت تماس و دستورات گفته شده اشاره شود. • رادیوگرافی: ساعت و نحوه انتقال و قید پرستار همراه بیمار • آموزش به بیمار: آموزش به بیمار و ثبت ارزیابی اثربخشی آن (درک کامل / درک نسبی / عدم درک)
۶	پروسیجرهای انجام شده در طول شیفت	تعویض پانسمان در ناحیه [..] قرار دادن کاتتر ادراری / رگ‌گیری و ... انجام ساکشن / NG / کشیدن درن و ... ثبت و پیگیری علائم پس از انجام اقدامات	• پانسمان: در تعویض پانسمان به محل، تعداد گازهای آغشته به ترشحات، وضعیت زخم از نظر قرمزی و ترشحات و التهاب- وجود درن و نوع درن و اتصال آن به بگ یا هموواگ و میزان و نوع ترشحات اشاره شود و بر نصب اندیکاتور ست پانسمان در گزارش پرستاری تاکید شود. • کاتتر ادراری: به سبب سوند، برقراری دیورتز، رنگ و کدورت ادرار و فیکس نمودن به کنار ران یا روی شکم اشاره شود. • رگ‌گیری: علت رگ‌گیری، محل، نوع آنژیوپکت و فلنکشنال بودن اشاره شود. • ساکشن: علت ساکشن، تعداد دفعات و حجم و کیفیت (عفونی یا غیر عفونی) ترشحات اشاره شود
۷	تحويل بیمار به شیفت بعد	بیمار با علائم حیاتی (T, SpO ₂ , GCS, BP, PR, RR)، به پرستار (خانم/آقا) ساعت تحويل/ شیفت [صبح/عصر/شب]، تحويل داده شد. موارد قابل پیگیری: [مثلاً: ادامه اکسیژن، بررسی جواب آزمایش، وضعیت زخم، پایش درد، مراقبت از سوند و ...] بیمار در زمان تحويل: [هوشیار، بدون شکایت حاد، دارای سرم وصل، تحت مانیتورینگ]	• تحويل بر اساس ISBAR انجام شود. (Identify Situation, Background, Assessment, Recommendation)

۸	برنامه ترخیص	برنامهریزی برای ترخیص از تاریخ [...] آغاز شده است. آموزش‌های لازم به بیمار/همراه در خصوص مراقبت در منزل، رژیم دارویی، تغذیه، پیگیری‌های بعدی و زمان مراجعه بعدی ارائه شده است. همه‌انگهی‌های لازم با پزشک معالج (به ویژه در ترخیص با میل شخصی) و واحد ترخیص انجام شده است. نسخه دارویی (قید کد دارو در فرم آموزش به بیمار) و مشاوره‌های لازم در اختیار بیمار قرار گرفت. وضعیت بیمار در زمان ترخیص: آهوشیار، بدون درد، با علائم حیاتی (... بدون نیاز به اکسیژن، ارجاع بیمار به واحد آموزش و پیگیری، کلینیک دیابت و پیگیری آزمایشات معوقه، پاتولوژی و ...]
۹	گزارش فوت	بیمار با وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، عینی/ذهنی یا قید ساعت) / ساعت بدحال شدن (در موارد ناگهانی) در تاریخ [...] با وجود اقدامات درمانی و احیای پیشرفته، به علت [علت فوت احتمالی] فوت نمود. علائم حیاتی متوقف شده و مرگ توسط پزشک معالج در ساعت [...] تأیید شد. نحوه صدور گواهی فوت (پزشک معالج/قانونی) خانواده بیمار مطلع شد. جسد طبق پروتکل‌های بیمارستان (نصب برچسب شناسایی روی جسد (نام، سن، بخش، تاریخ فوت) به سردخانه منتقل گردید. کلیه مدارک و مستندات در پرونده ثبت شد. گزارش نهایی به مدیر بخش و پزشک قانونی (در صورت نیاز) ارسال گردید.
۱۰	گزارش پذیرش بیمار	بیمار آقا/خانم [...]، [...] ساله، در ساعت [...]، [...] با شکایت یا علائم (تب، تنگی نفس و ...) و تشخیص اولیه [...] در بخش [...] تحت مانیتورینگ قلبی با الکتروشوک به وسیله (برانکاردر، ویلچر و ...) منتقل و پذیرش شد. بیمار در زمان پذیرش از نظر سطح هوشیاری [...] و وضعیت بیمار [...] می‌باشد. علائم حیاتی شامل [...] ثبت گردید. وضعیت تنفسی [...] و میزان درد [...] گزارش شد. وضعیت روانی بیمار [...]، وضعیت پوست و دیورز [...] می‌باشد. اقدامات اولیه شامل [...] و آموزش به بیمار [...] انجام شد. لاین‌ها و وسایل متصل به بیمار شامل [...] بررسی و ثبت گردید. همه‌انگهی با پزشک معالج [...] انجام شد.
۱۱	گزارش قبل از عمل جراحی	بیمار آقا/خانم [...]، کاندید عمل جراحی [نام عمل، سمت عمل] می‌باشد. وضعیت عمومی بیمار قبل از عمل [...] گزارش شد. سطح هوشیاری [...] و علائم حیاتی [...] می‌باشد. بیمار از ساعت [...] نداشتا است. اقدامات آمادگی قبل از عمل شامل [...] انجام شد. رضایت‌نامه جراحی [...]، لاین‌ها، سوندها و وسایل متصل به بیمار [...] آزمایشات ضمیمه پرونده (در صورت وجود آزمایشات غیر نرمال اطلاع به پزشک بیهوشی قید شود) - مع بند شناسایی به [...] فیکس گردید. آموزش‌های لازم قبل از عمل به بیمار/همراه [...]، بیمار در ساعت [...] با وضعیت [...] جهت انجام عمل جراحی به اتاق عمل اعزام و تحویل گردید.
۱۲	گزارش بعد از عمل جراحی	بیمار آقا/خانم [...] در تاریخ [...] ساعت [...] پس از انجام عمل جراحی [...] با معیار آلدرت [...] از ریکاوری تحویل و به همراه کمکی و پرستار با برانکاردر یا [...] منتقل بخش گردید. سطح هوشیاری بیمار پس از عمل [...] می‌باشد. علائم حیاتی [...] و وضعیت تنفسی [...] گزارش گردید. میزان درد بیمار [...] بوده و اقدامات کنترلی [...] انجام شد. محل عمل و پانسمان بررسی شد، وضعیت پانسمان [...] می‌باشد. درن‌ها، سوند (کنترل برون‌ده ادراری، حجم، رنگ)، و لاین‌ها [...]، دستورات پزشک پس از عمل [...] پاسخ بیمار به مراقبت‌ها [...] می‌باشد. در صورت مشاهده مورد غیرطبیعی [...]، موضوع به پزشک اطلاع داده شد.
۱۳	گزارش انتقال بیمار	بیمار آقا/خانم [...] در تاریخ [...] ساعت [...] به علت [...] از بخش [...] به بخش [...] منتقل شد. وضعیت عمومی بیمار در زمان انتقال [...] گزارش گردید. علائم حیاتی قبل از انتقال [...] می‌باشد. اقدامات لازم قبل از انتقال شامل [...] انجام شد. لاین‌ها، سوندها و وسایل متصل به بیمار [...]، پرونده و مدارک بیمار [...]، بیمار با وضعیت [...] آموزش به بیمار، توجه به وضعیت دیورز و اجابت مزاج، تغذیه و خواب در ساعت [...] به پرستار/بخش مقصد تحویل داده شد.

تکنیک SMART (Sign, Medications, Appointments, Results, Talk)

مثال: بیمار در تاریخ... ساعت ... دچار ارست (قلبی تنفسی) گردید که بلافاصله کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا قلبی ریوی برای بیمار آغاز گردید. در ساعت ... اعضای کد بر بالین حاضر شدند. اپینفرین طبق دستور هر ۳ تا ۵ دقیقه تزریق شد. (در صورت دادن شوک به تعداد و دوز شوک اشاره شود). بیمار با لوله شماره ... توسط ... اینتوبه گردید. پس از ۴۵ دقیقه احیا در ساعت ... ختم احیا توسط دکتر ... اعلام و فوت بیمار تأیید گردید. خط صاف اخذ و ضمیمه پرونده شد. به خانواده بیمار اطلاع داده شد و جسد به سردخانه منتقل گردید.

به حساسیت دارویی و غذایی [...] سابقه بیماری (بیماری زمینه‌ای، جراحی، مصرف مواد)، معیار خطر مورس [...] و معیار خطر برادن [...] و معیار خطر ترومبوآمبولی [...] بررسی شد. (به اقدامات پیشگیرانه اشاره شود).

آموزش به بیمار/همراه قوانین بخش / نحوه استفاده از تخت / زنگ احضار پرستار داده شد.

وضعیت: به وسیله برانکاردر یا ... به همراه پرستار آقا/خانم ... منتقل اتاق عمل و تحویل همکار محترم ... گردید.

مثال: بیمار آقا/خانم [...] ساعت [...] به علت [...] از بخش [...] با علائم حیاتی ... و وضعیت تنفسی... و ریتم قلبی ... و سطح هوشیاری ... (در صورت نیاز: در حال دریافت سرم تریای و ...) با برانکاردر به همراه پرستار منتقل بخش ... و تحویل همکار محترم ... گردید. پرونده، ایپوم، داروها، مدارک قلبی و ... تحویل پرستار آقا/خانم ... گردید.