



بنام خداوند جان و

Dr : Vaisi Raygani

اصول گزارش نویسی در پرستاری

مدرس: دکتر ویسی رایگانی

چرا باید گزارش بنویسیم ؟

ضرورت گزارش نویسی چیست ؟

نگرش

■ اگر همکاران بگویند: نوشتن گزارش وقت تلف کردن است. یک چیزی بنویس بره! شما چه می گوئید؟

■ برگه ای بدست شما می رسد که نشان می دهد خانواده ای که بیمارشان در شش ماه گذشته در بخش شما بستری بوده است از افتادن بیمارشان از تخت شکایت کرده اند. آرزو می کنید چه مطالبی در گزارشتان در آن موقع وجود داشته باشد؟

■ از چه روشی برای گزارش نویسی استفاده می کنید

هدف از تشکیل پرونده Record

ارتباط و هماهنگی بین خدمات اعضاء تیم بهداشتی – درمانی

دستورات درمانی و تشخیصی و مراقبت های ارائه شده به بیمار و برنامه ریزی ها

نتایج مراقبت و درمان

بررسی کیفیت و آنالیز تصمیم ها

آموزش و پژوهش

باز پرداخت

گواه در دادگاه در مقابل دعاوی بیماران و بیمارستان

برگه تاریخی

ثبت (Documentation):

ثبت آنچه است که نوشته میشود و چاپ می شود.

ثبت (Recording):

سند قانونی و نوشتاری از تمام مداخلاتی که برای بیمار صورت گرفته است (بررسی، تشخیص، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی).

پرونده بیمار (Patient Record):

مدرک قانونی و مستند از تمامی اقدامات مقتضی (بررسی وضعیت، تشخیص، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی بیمار) است. (تیلور وهمکاران)

پرونده بیمار (Client Record):

مجموعه اطلاعات مراقبت های بهداشتی درمانی بیمار. **تنها مدرک قانونی** که تصویری کاملی از مراقبت های پرستاری که به بیمار ارائه شده را می دهد و معمولا در یک پوشه قرار دارد.

گزارش (Reporting):

گزارش پرستاری یک وسیله ارتباطی بسیار قوی به شکل نوشتاری و مکتوب است که اطلاعات مهم و اساسی از روند بهبودی و سلامتی مددجویان را به شکل سند به اعضاء تیم درمانی منتقل می کند.

چه عواملی بر ثبت پرستاری موثر است؟

مهمترین موانع ثبت گزارش پرستاری:

فشار زمان

عدم کنترل و نظارت

نیاز آموزشی



گزارش شما

نمادی از

شخصیت شماست

اصول گزارش نویسی در پرستاری

: تعریف گزارش نویسی:

- گزارش نویسی ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت و سلامتی بیمار ، به شکل سند به ما منتقل میسازد
- گزارشات پرستاری باید **دقیق**، **قابل درک**، **نشان دهنده تداوم مراقبت‌ها**، **نشان دهنده دستیابی به پیامدهای مورد انتظار بیمار** و **استانداردهای صحیح رایج در فعالیت پرستاری** باشد.

Role

نقش های ثابت یا اهداف گزارش نویسی

ارتباط

آموزش

قانون

حسابرسی

ارزشیابی



اهداف گزارش نویسی

- برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
- ثبت قانونی آموزش به دانشجویان مختلف حرفه پزشکی
- نظارت، کنترل و ارزشیابی سیستم های مراقبتي درمانی و بهداشتی
- پیش بینی نیاز های بهداشتی و درمانی مراقبتي
- تهیه صورت حساب

برقراری ارتباط

ثبت داده ها به وسیله **ارتباط** اعضای تیم
مراقبت بهداشتی، نیازهای بیمار، پیشرفت وی،
درمان های فردی، محتوای مشاوره ها، آموزش به
بیمار و برنامه ترخیص معنا پیدا می کند.

برنامه درمانی باید **روشن** و **واضح** باشد تا
هر کس بتواند از آن استفاده کند.

ثبت باید به عنوان مهم ترین و
دقیق ترین منبع اطلاعاتی از
وضعیت درمانی **مددجو** باشد.

ثبّت و گزارش نویسی قانونی

ثبّت و گزارش دقیق و صحیح، یکی از بهترین **دفاعیات قانونی** در مورد دعاوی مربوط به مراقبت‌های پرستاری است.

در ثبت موارد باید به طور دقیق شرح داده شود که چه وقایعی در ارتباط با مددجو اتفاق افتاده است.

دستیابی به این مورد هنگامی امکان پذیر است که پرستار بلافاصله بعد از انجام مراقبت آن را چارت و در پرونده ثبت کند.

ممکن است مراقبت از بیمار به عالی‌ترین صورت انجام شود اما در دادگاه «مراقبت ثبت نشده» مانند مراقبتی است که

صورت حساب‌های مالی

پرستاری که گزارش را ثبت می‌کند می‌تواند در شفاف‌سازی نوع درمانی که بیمار دریافت کرده است کمک کند و به مؤسسه ارائه دهنده مراقبت جهت حمایت از **بازپرداخت‌ها** و **حساب‌های مالی** یاری برساند.

همچنین گزارشات پزشکی خود می‌تواند وسیله‌ای جهت بررسی پرداخت‌های مالی باشد که برای مراقبت از بیمار استفاده می‌شود. شرکت‌های بیمه خصوصی و بازرسین، این گزارشات را به

آموزش

محتوای گزارش بیمار باید دربرگیرنده اطلاعات متفاوتی از جمله تشخیص‌ها، علائم و نشانه‌های بیماری، درمان‌های موفق و غیر موفق، یافته‌های تشخیصی و رفتارهای بیمار باشد.

یک راه مؤثر برای درک ماهیت بیماری و واکنش بیمار به درمان این است که گزارش ثبت شده مطالعه شود.

دو بیمار گزارش برابر با هم ندارند و الگوهای ثبت اطلاعات در بیمارانی که مشکلات مشابه و همسان دارند لزوماً یکی نمی‌باشد.

به کمک این اطلاعات دانشجویان می‌توانند به شناسایی الگوهای برای مشکلات مختلف سلامتی پرداخته و به پیش بینی نوع مراقبت لازم

تحقیق

اطلاعات آماری مرتبط با فراوانی اختلالات بالینی، عوارض، استفاده از درمان‌های پزشکی و پرستاری ویژه، بهبود بیماری و مرگ باید در گزارش بیمار ثبت شده باشد.

برای مثال، به عنوان قسمتی از برنامه درمان وریدی بیمار، ممکن است مدیر پرستاری به بازبینی پرونده پزشکی بیمار بپردازد تا درباره بروز فلجیت و عفونت محل ورود کاتتر وریدی اطلاعات جمع‌آوری کند. هنگامی که مرور پرونده‌های بیمار نشان می‌دهد که میزان عفونت افزایش یافته است، مدیر پرستاری و پرسنل بخش باید روش‌های جدیدی برای مراقبت از کاتتر داخل وریدی طراحی کنند. سپس می‌توان بررسی کرد که پس از

کنترل - ممیزی

پرستاران سالانه به بررسی و مرور گزارشات سال اخیر می‌پردازند تا تعیین کنند که درجه ارتقاء کیفیت و میزان مطابقت امور با استانداردها به چه صورتی بوده است .

کوتاهی در بررسی و کنترل گزارشات ممکن است در بین همه اعضای پرسنل پرستاری اتفاق بیفتد که برای اصلاح آن باید سیاست ها و خط مشی های موسسه اصلاح شود.

برنامه‌های ارتقاء کیفیت باعث به روز شدن اطلاعات پرستار و تحقق استانداردها در انجام امور و رایج‌ترین مراقبت‌ها برای بیمار می‌شود.

مشخصات يك گزارش:

- حقيقي بودن Actual
- جاري و پويا بودن current ness
- دقيق بودن Accuracy
- سازماندهي داشتن Organization
- اختصار و محرمانه بودن Concisness
- كامل بودن Compelet ness
- confidential &

حقیقی بودن گزارش

اطلاعات عینی objective. Data

اطلاعات ذهنی subjective. Data •

از بکار بردن کلمات مبهم خودداری شود.
ظاهراً" - ممکن است و غیره

گزارش دقیق:

گزارشی دقیق است که اعضاء تیم درمانی بتوانند به آن اعتماد کنند.

- بیمار افسرده به نظر میرسد (گزارش غلط)
- بیمار اظهار میدارد که اشتهای خوبی ندارد، حوصله حرف زدن با دیگران را نداشته و قادر به انجام کارهای خود نیست (گزارش صحیح)

گزارش دقیق :

- بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است . (غلط)
- بیمار به مقدار 300 سی سی مایعات (آب) دریافت کرده است . (صحیح)
- زخم ناحیه شکم بزرگ و عمیق می باشد

• زخم ناحیه شکم بیمار

استفاده از اصطلاحات استاندارد پزشکی

- استفاده از اصطلاحات مورد قبول موسسات، نمادها و مقیاس‌های ارزیابی (مثل، مقیاس متریک) به ما این اطمینان را می‌دهد که همه اعضای تیم مراقبتی از یک زبان واحد در گزارشات خود استفاده می‌کنند. پرستار باید به دقت از کلمات مخفف استفاده کند تا از سوء تفاهات و خطا در تفسیر جلوگیری شود.

- به عنوان مثال، **od** (به معنای هر روز) می‌تواند از نظر تفسیر با **OD** (چشم راست) اشتباه شود.

- ²⁴ به منظور به حداقل رساندن خطا و

- نوشتن املاي صحيح کلمات مي‌تواند نشان دهنده صلاحيت و توجه پرسنل به جزئیات باشد. بسياري از واژه‌ها به راحتی در هنگام تفسير به اشتباه درک می‌شوند (به عنوان مثال **ديسفاژي** و **ديسفازي** يا **درم** و **گرم**).

- برخي از اشتباهات در بيان واژگان می‌تواند باعث خطاهای جدي در درمان شود.

- به عنوان مثال نام دارويي چون ديژي توکسين و **ديپروکسين**، مورفين و نومورفان بسار به هم شباهت بوده و

• 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 پرستار دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه 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

کامل بودن گزارش

• بدون ابهام

• مفید و مختصر

• ثبت اطلاعات ضروری

پویا بودن گزارش :

- گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود.
- تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد

اطلاعاتی که در پرونده ثبت شده یا گزارش می شوند بایستی **به لحظه** باشند .

اگر ثبت اطلاعات در پرونده به تاخیر بیفتد اطلاعات مهم از قلم می افتد.

هر چه بیمار بدحال تر باشد گزارش **به لحظه تر** می شود.

فعالیت ها و یافته هایی که باید
بلافاصله ثبت شود شامل:

- علایم حیاتی
- تجویز و دادن داروها
- آمادگی های انجام شده برای تست های تشخیصی یا جراحی ها
- **هرگونه تغییر در وضعیت بیمار و این که چه کسی متوجه این حالت شده است** (به عنوان مثال، پزشک، پرستار یا خانواده بیمار).
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- درمان های اجرا شده در موارد تغییر شرایط بالینی بیمار

سازمان دهی Organizing

❖ ثبت اطلاعات برحسب اولویت زمان رخ دادن

❖ سازمان دهی کردن موضوع قبلی، قبل از شروع موضوع جدید

❖ قابل درک بودن برای خواننده

❖ درک ساده توالی زمانی

❖ سیستم به سیستم

نمونه يك گزارش سازماندهي شده و غير سازماندهي شده

• بیمار اظهار میدارد که درد تیزی در ربع تحتانی شکم دارد که با چرخش به سمت راست بدتر میشود. بیمار به پهلوئی چپ خوابانده شد که کمی درد او را تسکین داد. دکتر نصیری بیمار را در ساعت 14 ویزیت کرد و دستور آمپول .. به مقدار... برای برطرف کردن درد داد که دستور اجراء و چارت گردید.

• بیمار درد تیزی در شکم داشت پزشک وی را ویزیت نمود. حساسیت شکم در لمس وجود نداشت. صدای دودی روده ها وجود نداشت. آمپول مسکن برای اوتزریق شد. در حالت خوابیده به سمت چپ

توجه

• گزارشاتی که **ضعف** سازماندهی دارند موجب سردرگمی و گیجی کادر درمانی را فراهم نموده و باعث تأخیر در بهبودی بیماران میگردد.

❖ پرستار نباید راجع به وضعیت بیمار با بیماران دیگر یا پرسنلی که در طرح مراقبت دخالتی ندارند صحبت نماید .

❖ فاش کردن راز بیمار بدون اجازه وی پیگرد قانونی دارد.

❖ اطلاعات لازم بایستی در پرونده ثبت شود و پرونده از دسترسی بیمار و همراهان حفظ شود.

❖ اگر پرونده گم شود ، پرستار مسئول است .

محرمانه بودن اطلاعات:

باعث اعتماد بیمار و مددجو به کادر درمانی
و افزایش رضایتمندی آنان میگردد.

عدم ثبت صحیح

چهار مشکل اساسی در سهل انگاری
پرستار به دنبال عدم ثبت درست
وقایع به وجود می آید

1- عدم ثبت زمان دقیقی که یک
حادثه اتفاق افتاده است.

2- کوتاهی در ثبت دستورات شفاهی
یا به امضاء رساندن دستورات شفاهی

3- ثبت فعالیتها به صورت از پیش
تعیین شده برای صرفه جویی در وقت.

4- ثبت اطلاعات نادرست.

ساختار و نکات نگارشی

Dictation
خلاصه نوشتن

نوشتن گزارش با خط خوانا

کشیدن خط در صورت نوشتن اشتباه (بسته به مقررات هر بیمارستان)

بستن گزارش پرستاری

نوشتن نام و نام خانوادگی و سمت پرستار و امضاء
ثبت تاریخ و زمان و ثبت مشخصات بیمار بالای هر برگه
رعایت نکات دستوری

استفاده از خط در سرتاسر فضای خالی

استفاده از رنگ خودکار متناسب با هر نوبت کاری

لازم به ذکر است که اکثر ارزشیابی های انجام شده در بیمارستانها تنها به این موارد اکتفا می کنند و کمتر به ویژگی هایی مثل جامع بودن ، صحت و دقت و سازماندهی گزارش پرستاری می پردازند.

گزارش شفاهي

يك ارتباط هدف دار سيستماتيک است که هدف
از آن انتقال اطلاعات ضروري براي مراقبت ايمن
از مددجویان مي باشد

انواع گزارشات شفاهی:

- گزارش تعویض شیفت R. Change of shift
- گزارش تلفنی R. Telephone
- گزارش انتقالی R. Transefr
- گزارش حوادث اتفاقی R. Incident

انواع گزارشات تعویض شیفت :

- ضبط صوت
- حضوري
- گزارش بر بالین بیمار
- کنفرانس

خصوصیات گزارش تلفنی:

(اطلاعات واضح - صحیح - دقیق)

- چه موقع تماس گرفته شد ؟
- چه کسی تماس گرفت ؟
- باچه کسی صحبت شد ؟
- چه اطلاعاتی داده شد ؟

خصوصیات گزارش حوادث غیر اتفاقی:

- توصیف زمان حادثه
- توصیف دقیق حادثه
- اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان بروز حادثه
- زمان اطلاع به پزشک
- زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- درمان ها و پیگیریهای لازم جهت کنترل عوارض ناشی از حادثه

گزارش انتقالي

نام- سن - پزشك - تشخيص اوليه

خلاصه اي از پيشرفت وسير بهبودي در زمان انتقال
وضعيت فعلي از نظر جسمي- رواني- اجتماعي
تشخيص ، مشكلات و طرح هاي مراقبتي مداخلاتي
كه در زمان كوتاهي پس از انتقال بایستی فوراً
پیگیری و اجراء شود .

مثالهایی از معیارهای لازم برای گزارش کتبی و شفاهی:

- توصیف مشکل، سیمپتوم، شدت، تکرار و عواملی که باعث تشدید و یا تسکین مشکل میگردد، علائم همراه
- توضیح علائم، توصیف کیفیت یافته ها
- عواملی که سبب تشدید و یا تسکین درد میگردد.
- سرگیجه، سردرد، حالت تهوع و استفراغ، هر نوع درد
- کاهش صداهای تنفسی
- حساسیت در لمس، علائم مختلف مانند راش و غیره

تجویز دارو ها

• زمان تجویز ، تجهیزات مورد نیاز ،
واکنشهای مثبت و منفی بیماران ،
اطلاعات عینی که لازم است قبل از
زمان تجویز دارو بررسی شود مانند
گرفتن فشارخون یا کنترل نبض و
غیره

آموزش به بیمار

- عناوین اطلاعاتی که بایستی بیمار دریافت نماید .
- روشهای آموزش (استراتژیهای آموزشی - ایفاء نقش - بحث و غیره)
- منابع مورد استفاده مانند فیلم - بروشور.... -
- شواهدی که دلالت بر درک بیمار از آموزش باشد

ثبت برنامه ها و طرح هاي لازم در هنگام مرخص شدن

- نتایج مورد انتظار مددجو، نیاز برای
ارجاع مددجو به منابعی که در طرح
مراقبتی نقش دارند

راهنمای گزارش نویسی قانونی

Legal بایدها ❖

قبل از نوشتن مطمئن باشید که **محل مربوطه** را درست انتخاب کرده اید
مطمئن باشید که ثبت شما در **چهارچوب** فرآیند پرستاری و توانائی حرفه ای شما باشد
خوانا و روشن بنویسید

زمان دادن **دارو** و راه تجویز آن و پاسخ بیمار به دارو را ثبت کنید
احتیاطاتی که در نظر گرفته اید مانند گذاشتن نرده را ثبت کنید
تماس های گرفته شده با پزشک را شامل زمان، پیام و پاسخ را ثبت کنید
در زمانی که **مراقبتی** را انجام می دهید آنرا ثبت کنید
اگر بعد از ثبت مراقبتی به خاطر آوردید که نکته ای را فراموش کرده اید با عنوان **یادداشت آخر** و زمان و
تاریخ نکته خود را اضافه کنید
به **میزان کافی** یک رخداد را ثبت کنید
❖ **نبایدها**

نشانه ای که در مورد آن هیچ کاری نکرده اید را **گزارش نکنید؟**
تغییر گزارش بیمار یک عمل مجرمانه است
از **اختصاراتی** که بطور گسترده ای بکار نمی رود خودداری کنید
از عبارات **غیر دقیق** مانند مقدار زیاد استفاده نکنید
یافته های **دیگران** را ثبت نکنید مگر اطلاعات حیاتی باشند
مراقبت ها را زودتر از زمانی که انجام می شود ثبت نکنید. ثبت **عملی** که انجام نداده اید تقلب است

8 اشتباه شایع در گزارش نویسی

ماریان دمیلیانو (حقوقدان و مشاور سازمان پرستاری)

1. قصور در ثبت تاریخچه طبی و سابقه حساسیت (پنی سیلین)
2. فراموش کردن ثبت اقدام پرستاری (تعویض پانسمان)
3. فراموش کردن ثبت دادن یک دارو
4. ثبت اشتباه در یک پرونده یا فرم دیگر (همانندی: نام، پزشک، بیماری، اتاق و ...) (HTN&DVT-HEP)
5. تداوم در تجویز داروی قطع شده
6. قصور در ثبت عوارض جانبی داروها
7. ثبت و تجویز اشتباه دارو
8. ثبت ناخوانا

- در هر کجا که نوشته ای دارید آنرا امضاء کنید
- در مکان های خالی خط بکشید
- استفاده از اختصارات غیر معمول
- اقدامات خود را در اولین فرصت ثبت کنید
- به میزان کافی بنویسید تا خواننده متقاعد شود که بیمار خدمات لازم را دریافت کرده است

روش‌های ثابت

- سیستم‌های ثابتی متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارد، این سیستم‌ها توسط سرویس‌های پرستاری با توجه به سیاست‌های سازمان انتخاب می‌شود. در یک موسسه باید یک سیستم ثابت یکسان مورد استفاده قرار گیرد.

روشهاي گزارش نویسی و ثبت مدارك پزشکی

Source Oriented Record

روش S.O.R

- ذکر مشخصات بیمار در پرونده (فرم پذیرش) نام و نام خانوادگی - سن - آدرس - شماره تلفن - وضعیت تأهل - تعداد فرزندان - شغل - زمان و تاریخ بستری شدن
- فرم دستورات پزشکی
- تاریخچه سلامتی
- گزارشات پرستاری
- گزارشات اختصاری (نتایج آزمایشات - رادیوگرافی - اسکن - برگه جراحی و غیره)

ثبت داستانی

- این نوع ثبت یکی از انواع روش‌های سنتی برای ثبت و گزارش مراقبت‌های پرستاری است. استفاده از ساختار داستان نویسی برای ثبت اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار و مراقبت پرستاری ساده است. چارت داستانی، مضرات بی‌شماری از جمله امکان تکرار اطلاعات و وقایع، صرف زمان زیاد و اجبار خواننده برای خواندن مطالب با حجم زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز دارد. ساختارهای متعددی جهت گزارش اطلاعات مربوط به مراقبت بهداشتی وجود دارد.

مموه ای از ببت

د استانی

- * تاریخ ساعت 11:00
- بیمار بیان می کند « من مدتی است که به سختی می توانم نفس بکشم» تنفس 32 بار در دقیقه، نبض 120 و فشار خون 70/112 است. بیمار در هنگام دم از عضلات بین دنده ای استفاده می کند. صداهای تنفسی سمع شد، کراکل و ویزینگ در لوب های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سرتخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت 10:45 دقیقه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی گرفته شد. اکسیژن 2 لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار پرستار در کنار تخت وی باقی ماند. حسن محمدی پرستار

ساعت 11:30 دقیقه جواب ABG به دکتر "س" گزارش شد،
PH=7/34، Pco2:44، PO2=88 بود. تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و به 28 بار در دقیقه رسید، نبض 96 و فشار خون 72/110 بود. کراکل و ویزینگ همچنان وجود داشت. بیمار به آرامی استراحت می کند. حسن محمدی پرستار

گزارش سیستماتیک

هوشیاری	وضعیت هوشیاری، مقیاس کمای گلاسکو
تنفسی	تنگی نفس، سرفه، خلط، دخانیات؛ الگوی تنفس، تعداد تنفس، صداهای تنفسی
قلبی	ریت و ریتم، تعداد ضربان قلب، فشارخون، بازگشت مجدد مویرگی، رنگ چهره، خط وریدی، ارتوپنه، ادم
گوارشی	نوع رژیم، تهوع و استفراغ، یبوست و اسهال، درد شکمی، صداهای روده ای
ادراری	جذب و دفع، رنگ و حجم ادرار، سختی در دفع ادرار، ادم

ثبت طبی مبتنی بر مشکل

problem.Oriented.Medical. Record)

- **ثبت مبتنی بر مشکل (POMR)** : شیوه‌ای از ثبت است که بر مشکل بیمار تاکید دارد. در ابتدا مشکلات با تشخیص‌ها سازماندهی می‌شود. این شیوه به دستیابی یک برنامه مراقبتی واحد و هماهنگ کمک می‌کند. و شامل:
 - داده‌های پایه،
 - فهرست مشکلات،
 - برنامه مراقبتی
 - ثبت پیشرفت بیمار.

روش لیست مشکلات P.O.M.R

problem.Oriented.Medical. Record

- سیر بهبودی یا پیشرفت بیماری
- **Progress Note**
- سیربهبودی شامل چهار بخش است:
- 1- اطلاعات نظری مربوط به بیمار
- 2- داده های قبل مشاهده
- اظهار نظر پزشک یا سایر اعضاء
- برنامه درمانی
- **Data.Base.Information**
- داده های شناسنامه ای - شرح حال بیمار -
- شکایت فعلی بیمار - بیماریهای قلبی - معاینات کلی بدن - فهرست مشکلات
- **Problem. List**
- فهرست مشکلات
- **Initial Plane**
- طرح های آموزشی - درمانی و تشخیصی

روش چارت کردن به روش S.O.A.P

- اطلاعات ممکن است به شیوه های مختلفی بیان شوند. یکی از این شیوه ها چارت

SOAP است.

- **S**: اطلاعات ذهنی (که بیمار آنها را بیان میکند) ،
- **O**: اطلاعات عینی (که قابل مشاهده و ارزیابی است) ،

- **A**: بررسی و شناخت (تشخیص) پایه

S.O.A.P.I.E روش چارت به روش

- گاهی اوقات در برخی موسسات **I** و **E** نیز به این عبارت اضافه می‌شود **SOAPIE**، **I** برای مداخلات به کار رفته و **E** بیان کننده ارزشیابی است، مفهوم **SOAPIE** بسیار شبیه به فرآیند پرستاری است و شامل جمع آوری اطلاعات در مورد مشکلات بیمار، دادن تشخیص و طراحی برنامه مراقبتی می باشد. پرستار به تدوین **SOAP** پرداخته و آنها را بر طبق مشکلات فهرست شده موضوع بندی می‌کند.

• S داده های ذهنی

• O داده های عینی

• A ارزیابی

• P برنامه ریزی

• I اقدامات و یا اقدامات
Dr : Vaisi Raygani

• E ارزشیابی

دسترسی آسان به اطلاعات بیمار، برنامه مراقبتی برای تشخیص های پرستاری، قابلیت اصلاح برنامه مراقبتی، ارائه لیست کاری برای هر شیفت، ثبت در کنار بستر بیمار

□ مزایا: کمک در باز پرداخت، امکان ارزشیابی نتایج

استفاده از حداقل داده ها (عناصر مراقبت پرستاری: تشخیص پرستاری و مداخلات – اطلاعات دموگرافیک: سن – عناصر خدماتی: پذیرش، ترخیص)



□ معایب: رابطه بین انسان و ماشین





از حسن توجه شما متشکرم
Dr. Vaisi Raygani