

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان

امور دفتر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

راهنمای جامع ثبت گزارش پرستاری

استاندارد مستندسازی بالینی برای بخش‌های بستری، ویژه و اورژانس

تهیه و تنظیم: افسر امیرسادات

کارشناس دفتر پرستاری هرمزگان

۱۴۰۵

فهرست مطالب

فهرست مطالب	۲
راهنمای جامع ثبت گزارش پذیرش بیمار در بخش	۳
۱. سطح هوشیاری و درد در اطفال و نوزادان	۵
۲. ارزیابی سیستم تنفسی (Respiratory System)	۸
۳. ارزیابی سیستم قلبی-عروقی (Cardiovascular System)	۹
۴. سیستم پوست (Skin)	۱۲
۵. سیستم تناسلی-ادراری (Genitourinary System – GU)	۱۴
۶. سیستم گوارش (Gastrointestinal System – GI)	۱۴
۷. سیستم اسکلتی-عضلانی (Musculoskeletal System)	۱۷
۸. وضعیت رفتاری-هیجانی-اجتماعی (Psycho-Social Assessment)	۱۹

راهنمای جامع ثبت گزارش پذیرش بیمار در بخش

ثبت دقیق و کامل اطلاعات در گزارش پذیرش بیمار، سنگ بنای ارائهٔ مراقبت‌های ایمن و مؤثر در بخش‌های درمانی است. این گزارش، اولین نقطه تماس رسمی بیمار با بخش بوده و مبنای پیگیری‌های درمانی و ثبت وقایع بعدی قرار می‌گیرد. در ادامه، مراحل و اجزای کلیدی ثبت گزارش پذیرش تشریح می‌گردد.

۱. ثبت اطلاعات دموگرافیک بیمار

اهمیت: ثبت اطلاعات دموگرافیک در سربرگ تمامی اوراق پرونده بیمار الزامی است. این امر هویت‌بخشی صحیح به بیمار و جلوگیری از خطاهای احتمالی را تضمین می‌کند.

نحوه اجرا: در ابتدای گزارش پذیرش، اطلاعات دموگرافیک ضروری شامل سن و جنسیت بیمار با دقت ثبت می‌گردد.

۲. زمان و نحوه ورود بیمار به بخش

سایر تشخیص‌های پرستاری احتمالی

۲) مدیریت راه هوایی و مداخلات

۴.۲ شاخص‌های ریسک و علائم حیاتی

پوست رنگ پریده همراه با ادم عمومی در اندام‌های تحتانی؛ بدون مشاهده اکیموز یا هماتوم. زخم فشاری ساکرال (۳×۲×۰.۵ سانتی‌متر) با ترشح متوسط زرد سروز. امتیاز برادن: ۸ (ریسک بالا). حداکثر دما: ۳۸.۵° (هیپرترمی). تغییر وضعیت هر ۲ ساعت انجام شد؛ پانسمان زخم ساکرال با هیدروکلونید انجام گرفت. تشخیص پرستاری: آسیب یکپارچگی پوست مرتبط با بی‌حرکتی. ارزشیابی: عدم مشاهده بدتر شدن زخم پس از پانسمان.

۵. سیستم تناسلی-ادراری (Genitourinary System – GU)

پروتکل مستندسازی سیستم ادراری-تناسلی: ثبت نوع کاتتر (External، Internal، Suprapubic، Urostomy) یا Nephrostomy tube و میزان ادرار؛ در صورت نبود کاتتر، تعداد دفعات ادرار ثبت شود. در صورت دستور پزشک، کنترل I&O (مانند دریافتی h/۲۲۵cc، دفعی h/۱۰۰cc، بالانس ۱۲۵-cc) انجام شود.

ثبت داروهای انفوزیون وریدی مرتبط و هرگونه مورد غیرطبیعی (مانند هماچوری یا ادرار کدر) به همراه اقدامات و نتایج. ثبت تغییرات تست‌های تشخیصی، پروسیجرهای انجام‌شده، نمونه‌های ارسالی و پیگیری نتایج (شامل اقدامات قبل و بعد از پروسیجر). درج تشخیص پرستاری مربوط به سیستم کلیوی، مجاری ادراری یا تناسلی، مداخلات اجرایی و نتیجه اقدامات.

قالب پیشنهادی ثبت

بیمار دارای [نوع کاتتر] است؛ برون‌ده ادراری cc [X] در ساعت. I&O: دریافتی cc [X]، دفعی cc [Y]، بالانس cc [Z]. کیفیت ادرار: (شفاف/هماچوری/کدر). داروهای وریدی: [نام]. پروسیجرها: [نوع]؛ نمونه ارسالی: [نتیجه/در انتظار]. تشخیص پرستاری: (مثلاً اختلال در دفع ادراری). اقدامات: [شرح]؛ نتیجه: [خروجی اقدامات].

نمونه ثبت گزارش پرستاری — سیستم GU

بیمار دارای کاتتر فولی، برون‌ده ادراری cc ۱۰۰ در ساعت؛ I&O: دریافتی cc ۲۲۵، دفعی cc ۱۰۰، بالانس مثبت cc ۱۲۵. ظاهر ادرار: هماچوری مختصر مشاهده شد. نمونه آزمایش ادرار ارسال شد؛ در انتظار نتیجه. تشخیص پرستاری: اختلال در دفع ادراری مرتبط با هماچوری. اقدامات: تشویق به دریافت مایعات، پایش برون‌ده؛ وضعیت هماچوری بدون تغییر است.

۶. سیستم گوارش (Gastrointestinal System – GI)

پروتکل مستندسازی سیستم گوارشی: ثبت مراقبت از اتصالات (تعویض کیسه کولوستومی، چک NGT، PEG و OGT). ثبت وضعیت تغذیه‌ای (PO، NPO)، انواع لوله تغذیه، یا میزان غذای دریافتی به درصد برای بیماران مستقل. ثبت داروهای انفوزیون وریدی مرتبط، یافته‌های غیرطبیعی (اسهال، یبوست، استفراغ، ریزیدوال بالا، ملنا، بی‌اشتهایی) به همراه مداخلات و نتایج.

ثبت خونریزی‌های مرتبط با ذکر محل، مقدار، نوع، اقدامات و نتایج. ثبت پروسیجرهای تشخیصی/درمانی (آندوسکوپی، کولونوسکوپی، آزمایش‌ها) شامل مراقبت‌های قبل/بعد از پروسیجر، نمونه‌گیری و پیگیری نتایج. درج تشخیص پرستاری مرتبط با سیستم گوارش، اقدامات اجرایی و نتیجه بالینی بیمار.

۶.۱ نمونه گزارش خلاصه — بیمار با گاستروستومی و کولوستومی

نمونه ثبت گزارش پرستاری — سیستم گوارش (خلاصه)

محل‌های استومی: گاستروستومی قطر ۱۲mm (بالا-چپ)، کولوستومی قطر ۱۵mm (پایین-راست). تغذیه: انترال ۲۴h/۱۲۰۰ml، فرمول kcal/۱۰۲۰ml؛ رزیدوال دیده نشد. کولوستومی: کیسه ۱۵۰ml، تعویض ساعت ۰۹:۳۰، خروجی متوسط، مدفوع نیمه‌شکل، بدون خون. تشخیص‌های پرستاری: خطر آسیب به پوست؛ خطر عفونت. اقدامات کلیدی: پاک‌سازی روزانه، بررسی بازبودن لوله‌ها با تزریق ۲۰ml آب، آموزش به بیمار/خانواده، رعایت تکنیک استریل در تعویض کیسه. نتیجه: پوست سالم، لوله‌ها باز و پایدار؛ هیچ نشانه‌ای از عفونت یا آسیب پوستی وجود ندارد. پیشنهاد پیگیری: ادامه نظارت روزانه بر پوست و عملکرد لوله‌ها؛ بررسی کیفیت تغذیه انترال؛ آموزش تکمیلی در صورت بروز علائم جدید.

۶.۲ نمونه گزارش کامل بخش گوارش (مورد بالینی مستند)

پرستار	زمان	تاریخ	شماره پرونده
افسر امیرسادات	۰۸:۰۰	۱۴۰۵/۰۳/۱۵	۲۴۵۱

۱. وضعیت کلی بیمار: مرد، ۶۸ ساله، مبتلا به گاستروستومی و کولوستومی از ۴ هفته پیش. وضعیت تغذیه‌ای: تغذیه انترال (Enteral Nutrition) به صورت مداوم از طریق لوله گاستروستومی.

۲. جزئیات مکانیک لوله‌ها

نکات مراقبتی	وضعیت	مکان	لوله
تمیز نگه‌داشتن لبه لوله با سواب استریل؛ بررسی دوام بست‌بند و تثبیت لوله هر ۴ ساعت	پوست تمیز، سر لوله سالم؛ بدون قرمزی، التهاب یا ترشح	سمت فوقانی-چپ شکم، ۲cm پایین از خط میانی قفسه سینه (اندازه ۱۲mm)	گاستروستومی
تعویض کیسه هر ۲۴ ساعت (امروز ساعت ۰۹:۳۰)؛ پاک‌سازی اطراف پوست با محلول مربوطه؛ بررسی فشار کیسه برای جلوگیری از کشیدگی	استوما صورتی و مرطوب؛ کیسه کولوستومی تعویض شد (حجم کیسه: ۱۵۰ml)، خروجی متوسط، مدفوع نیمه‌شکل، بدون خونریزی	سمت راست-پایین شکم، در سطح خط فوقانی کمر، ۳cm سمت راست ناف (اندازه ۱۵mm)	کولوستومی

۳. ارزیابی تغذیه

نتیجه	محدوده مرجع	مقدار	پارامتر
قابل قبول	h/۱۵۰۰cc-۱۰۰۰	۲۴h/۱۲۰۰cc (۱۲۵ml/ساعت)	حجم تغذیه انترال
قابل پذیرش	—	فرمول پروتئین غنی (قابل هضم) — ml/۱۰۲kcal	فرمول تغذیه
بدون رزیدوال	—	مشاهده نشد	رزیدوال
ناراحتی گوارشی نیست	—	عدم وجود استفراغ، اسهال یا نفخ	نشانه‌های گوارشی

۴. تشخیص پرستاری

خطر آسیب به سلامت پوست مرتبط با محل استوما و لوله‌ها.

۵. اقدامات پرستاری

مسئول	توضیح	اقدام
افسر امیرسادات	تمیز کردن لبه لوله با محلول استریل؛ بررسی رنگ، حرارت و ترشح؛ تثبیت لوله با باند زیرجلدی	مراقبت از محل گاستروستومی
افسر امیرسادات	تعویض کیسه کولوستومی (۱۵۰ ml)؛ پاک‌سازی اطراف پوست؛ ارزیابی استوما (رنگ صورتی، رطوبت مناسب)	مراقبت از محل کولوستومی
افسر امیرسادات	تست جریان آب ۲۰ ml به آرامی از لوله گاستروستومی؛ مشاهده عبور بدون مقاومت یا برگشت	چک بازبودن لوله‌ها
افسر امیرسادات	نحوه مراقبت از لوله‌ها در منزل؛ علائم هشداردهنده (قرمزی، ترشحات، درد ناگهانی)	آموزش بیمار/خانواده
افسر امیرسادات	ثبت جزئیات در پرونده الکترونیکی و اطلاع‌رسانی به تیم تغذیه	ثبت و گزارش

۶. نتایج ارزیابی پس از اقدامات

پرستار	فعالیت	زمان
افسر امیرسادات	ارزیابی تغذیه ً انترال (حجم، تحمل، رزیدوال)	روزانه
افسر امیرسادات	ملاقات تیم تغذیه (ارزیابی نیازهای کالری-پروتئین)	هر ۳ روز

۷. سیستم اسکلتی-عضلانی (Musculoskeletal System)

در این بخش، تغییرات غیرطبیعی در قدرت عضلانی، دامنه حرکتی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت می گردد. ثبت پروسیجرهای انجام شده و پیگیری نتایج آن ها، اقدامات قبل و بعد از پروسیجرها، تشخیص پرستاری مرتبط با سیستم اسکلتی-عضلانی و اقدامات اجرایی و نتیجه اقدامات در این سیستم انجام می شود. ادم و نبض اندام های دیستال ذکر می شود و وضعیت حرکتی جاری بیمار مشخص می گردد (می توان یک یا چند گزینه را انتخاب کرد).

۷.۱ وضعیت حرکتی

تاریخ/ساعت پایان	تاریخ/ساعت شروع	شرح	گزینه
		بیمار قادر به ایستادن/راه رفتن مستقل یا با کمک است	Out of bed
		استراحت کامل در تخت؛ هیچ حرکتی بدون نظارت مجاز نیست	Bed rest – CBR
		محدود به حرکت داخل تخت (مثلاً تزریق/تغذیه)	Partial BR
		بر اساس سن	Mobility aids
		برای کودکان ۲-۴ سال	Balance Trainer

۷.۲ ارزیابی ریسک سقوط

پرستار	تاریخ ارزیابی	نمره (توضیحاتی که به نمره منجر شده)	معیار
			HAMPy-DAMPy
			Morse Scale
			تعداد سقوط های ثبت شده پیشین

۷.۳ اقدامات پیشگیری از سقوط

نتیجه	بررسی	تاریخ اجرا	مسئول اجرا	توضیحات	اقدام
				تنظیم سایدریل‌ها به ارتفاع ≤ 35 سانتی‌متر	بالا بودن سایدریل‌ها
				استفاده از زیراندازهای مخصوص، حذف آب/روغن	کف ضدلغزش
				پرستار مرکزی یا میدانی هر ۱۵-۳۰ دقیقه	نظارت مستمر
				جلوگیری از مانع‌ها، استفاده از تابلوهای راهنما	تعیین مسیر ایمن
				نحوه انتقال، استفاده از ابزارهای کمکی	آموزش خانواده
				هشدار در صورت بلندشدن ناخواسته	استفاده از هشدار تخت (Bed Alarm)

۷.۴ تشخیص پرستاری: اختلال عملکرد حرکتی و درد مزمن

زمان‌بندی	مداخلات	برنامه مراقبت	علائم/نشانه‌ها	اتیولوژی	NANDA
	تمرینات تقویتی	افزایش MMT به $4+$ در ۴ هفته	$ROM, MMT \leq 3$ کاهش‌یافته؛ نیاز به کمک در حرکات	ضعف عضلانی، درد، استفاده از وسایل کمکی	کاهش توان حرکتی
		صفر سقوط در ۳۰ روز	عدم تعادل، سایدریل پایین، اضطراب	تاریخچه سقوط، نمره HAMPy-DAMPy ≥ 12	ریسک سقوط (Risk for Falls)

۷.۵ نمونه گزارش کامل — بخش اطفال-ارتوپدی

نمونه ثبت گزارش پرستاری — سیستم اسکلتی-عضلانی
نام بیمار: علی رضایی — سن: ۷ سال — بخش: اطفال-ارتوپدی — تاریخ: (تاریخ امروز) وضعیت حرکتی: Bed-Rest (CBR) دو هفته پس از جراحی فک-پایین؛ استفاده از واکر در زمان فیزیوتراپی. امتیاز ریسک سقوط: HAMPy-DAMPy = ۱۳ (ریسک بالا). اقدامات پیشگیری: سایدریل‌ها به ارتفاع ۳۸cm تنظیم شده، کف تخت ضدلغزش، نظارت پرستاری هر ۲۵ دقیقه و آموزش ایمنی به والدین انجام شد. قدرت عضلانی/ROM: قدرت عضلانی اندام تحتانی ۵/۳ در اکثر گروه‌های عضلانی اصلی؛ دامنه حرکتی غیرفعال زانو ۰-۳۵ درجه. مداخلات کلیدی: تمرینات تقویتی سه بار در هفته؛ پس از دو هفته MMT به ۳+ ارتقا یافت؛ فیزیوتراپی پاسیو ROM زانو را به ۰-۳۵ افزایش داد؛ کنترل درد دارویی، VAS را از ۶ به ۳ کاهش داد. پروسیجر انجام‌شده: گچ‌گذاری در ۲۲ اسفند ۱۴۰۵؛ پیش از پروسیجر ارزیابی پوست و پس از آن پایش روزانه، بدون نشانه عفونت و با ثبات مناسب.

تشخیص‌های پرستاری

۱. اختلال تحرک فیزیکی — علت: پس از جراحی فک، نیاز به استراحت در تخت.

اقدامات: اجرای فیزیوتراپی، تغییر وضعیت منظم، آموزش جابه‌جایی ایمن، مدیریت درد.

۲. ریسک سقوط بالا — علت: محدودیت حرکتی، وضعیت Bed-Rest، امتیاز ۱۳ HAMPy-DAMPy.

اقدامات: حفظ محیط امن، تنظیم سایدریل و تخت، استفاده از کفش ضدلغزش، نظارت مداوم (هر ۲۵ دقیقه)، آموزش والدین.

۸. وضعیت رفتاری-هیجانی-اجتماعی (Psycho-Social Assessment)

نام بیمار: (کد پرونده فرضی: ۰۰۱-۲۱-۰۶-۱۴۰۵-NP) تاریخ/ساعت ارزیابی: ۰۱/۰۴/۱۴۰۳ — ساعت ۱۰:۳۰ صبح

۸.۱ وضعیت رفتاری-هیجانی

بیمار در حال حاضر نشانه‌های اضطراب در سطح متوسط تا شدید بروز می‌دهد؛ دچار بی‌قراری مکرر است و خلق تحریک‌پذیر دارد. هوشیار است، اما الگوی خواب و اشتها وی به شدت مختل شده است.

۸.۲ خطر خودآسیبی / خودکشی

بیمار افکار خودآسیبی پسیو (Passive Suicidal Ideation) را ابراز می‌کند، مانند «دیگر نمی‌خواهم باشم» یا «کاش تمام شود». با این حال، در حال حاضر هیچ برنامه مشخصی برای اقدام (Active Plan) یا نیت فعالی برای آسیب‌رساندن به خود ندارد. بیمار به وسایل خطرناک دسترسی ندارد. عوامل محافظتی قابل توجه شامل حمایت قوی خانواده و تمایل بیمار به دریافت درمان و کمک است. بر اساس ارزیابی، سطح خطر خودآسیبی در حال حاضر متوسط (Moderate Risk) در نظر گرفته می‌شود.

۸.۳ نیاز به مشاوره روان‌پزشکی

با توجه به وضعیت حاد بیمار، ارجاع فوری به روان‌پزشک ضروری است. قرار ملاقات امروز ساعت ۱۱:۰۰ صبح تنظیم شده است.

۸.۴ تشخیص‌های پرستاری و اقدامات

تشخیص پرستاری	اقدامات
اضطراب حاد	آرام‌سازی، تنفس عمیق، کاهش محرک‌ها، نظارت
خطر آسیب به خود	محیط امن، خارج کردن اشیای خطرناک، نظارت مداوم، اطلاع به روان‌پزشک
اختلال خواب	کاهش سر و صدا و نور، آموزش بهداشت خواب
بی‌قراری	برخورد آرام، جملات کوتاه، کاهش محرک‌ها