

عالی	خوب	قابل قبول	ضعیف	<p style="text-align: center;">چک لیست اصول گزارش نویسی (مطابق دستورالعمل)</p>	
				گزارشات باید خوانا ،بدون خط خوردگی و الک گرفتگی با خودکار آبی یا مشکی باشد	1
				روش (مشکل Intervention ،problem ،مداخلات ، Evaluationارزشیابی) در ثبت گزارش پرستاری رعایت شود	2
				در گزارش پرستاری از کلمات و عالمم اختصاری استاندارد قابل قبول بین المللی استفاده شود	3
				در گزارش پرستاری از واژه های مبهم مثل خوب ، نرمال ، متوسط ، طبیعی ، به نظر می رسد و... استفاده نگردد	4
				گزارشات باید به طور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها وجود نداشته باشد	5
				هیچ اقدام پرستاری قبل از انجام، ثبت نگردد	6
				تاریخ وساعت گزارش نویسی به صورت 1 الی 24 ساعت ثبت گردد	7
				در صورت اشتباه در ثبت گزارش ،خط نازک کشیده و کلمه اشتباه در بالای آن ذکر شده و در پایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی با حروف نوشته شود	8
				در صورت یکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به هر علتی اجرا نشده باذکر علت ، در گزارش پرستاری ثبت گردد	9
				پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده که جایی برای اضافه کردن وجود نداشته باشد	10
				در پایان گزارش پرستاری نام ،امضاء ،مهرو سمت پرستار گزارش دهنده ثبت گردد	11
				در گزارش پرستاری وضعیت تغذیه ای بیمار(نوع ورژیم غذایی و غیره..) ثبت گردد	12
				در گزارش پرستاری بیمارانی با دستورکنترل O&I ،میزان جذب و دفع ثبت گردد	13
				در گزارش پرستاری در مورد وضعیت دفع بیمار توضیحات کافی ثبت شده گردد.(در صورت وجود یبوست یا اسهال ، تعداد دفعات ، رنگ ، قوام و...)	14
				در گزارش پرستاری وضعیت خواب و استراحت بیمار ثبت گردد	15

				16	در گزارش پرستاری کلیه اقدامات دارویی به طور صحیح ثبت گردد
				17	داروهای پرخطر/هشدار بالال توسط دوکارشناس پرستاری چک، ثبت و امضاء گردد
				18	دستورات تلفنی عینا طبق گفته پزشک با ذکر تاریخ و ساعت ، نام پزشک ثبت و توسط دو پرستار(دریافت کننده و شاهد) مهر و امضاء گردد
				19	امضا نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر 24 ساعت پس از دستور شفاهی اخذ گردد
				20	در صورت تزریق خون، نوع گروه خونی بیمار، نوع فرآورده ، مقدار و ساعت آن در گزارش پرستاری ثبت گردد
				21	کلیه مداخلات تشخیصی/ درمانی/مراقبتی انجام شده با ذکر ساعت در گزارش پرستاری ثبت گردد
				22	در صورت بروز وقایع ناخواسته تهدیده کننده حیات بیمار، نوع و علت حادثه، ساعت وقوع و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت گردد
				23	پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک در گزارش پرستاری ثبت گردد
				24	ساعت و تاریخ اطلاع علائم حیاتی و نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی غیر طبیعی به پزشک معالج در گزارش پرستاری ثبت گردد
				25	ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت گردد
				26	نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ دار و...) ثبت گردد
				27	نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار در بدو ورود در اولین گزارش پرستاری ثبت گردد
				28	نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در بدو ورود در اولین گزارش پرستاری ثبت گردد
				29	نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدیده کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود و غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده در اولین گزارش پرستاری ثبت گردد

خدمات بهداشتی درمانی همدان

نام و نام خانوادگی:.....

شماره دانشجویی:.....

گروه هوشبری دانشگاه علوم پزشکی همدان