



قوانین مربوط به گزارشات کامپیوتری *computerized documentation*

سیستم های ثبت کامپیوتری راهی در جهت برنامه ریزی حجم زیاد اطلاعات مورد نیاز می باشد که امکان انتقال سریع اطلاعات از یک فرد به فرد دیگر را امکان پذیر می سازد

امروزه با توجه به اینکه میزان زیادی اطلاعات در کامپیوتر نگهداری می گردد پرستاران بایستی مطمئن شوند که این اطلاعات در دسترس افراد غیر مسئول نباشد.

از سال 2005 با توجه به افزایش استفاده از سیستم گزارش نویسی کامپیوتری ، جهت اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات مربوط به مددجویان، قوانین ایمنی ذیل اجباری گردیده است : (Gallagher 2004)



- جهت وارد شدن به سیستم کامپیوتر و باز کردن فایل ، داشتن **password** ضروری است .
- پس از روشن کردن سیستم کامپیوتر ، هرگز محل را ترک نکنید.
- در زمان حضور افراد دیگر ، اطلاعات مربوط به مددجور را روی صفحه مانیتور قرار ندهید .
- کلیه **print** های گرفته شده که مورد نیاز نیستند را پاره و ریز ریز (**shred**) کنید .
- در جریان خط مشی های موسسه در مورد اطلاعات حساس مانند تشخیص **Aids** باشید .
- **Server** را از دسترسی افراد غیر مسئول دور نگهدارید.
- با استفاده از سیستم های **cascade** که امکان دسترسی به گروهی از کارکنان مسئول را به سیستم می دهد امنیت اطلاعات مربوط به مددجو حفظ شده و درواقع دسترسی به اطلاعات فقط برای استفاده کننده های مسئول امکان پذیر می گردد.



Advantages Of Computerized Documentation

- ✓ **facilitation on client outcomes**
- ✓ **time efficiently use**
- ✓ **Various information**
- ✓ **Quick Results send**
- ✓ **Order check**
- ✓ **Legible**
- ✓ **Standard care**
- ✓ **Standard terminology**



Disadvantages Of Computerized Documentation

- **privacy**
- **system breakdown**
- **New system need training**
- **Expensive**



***رضایت نامه**

consent

انواع رضایت نامه

Treatment

درمان ➤

Surgical

هر نوع عمل جراحی

Implied ضمنی ➤

pediatric کودکان ➤

partner همسر ➤

Mental

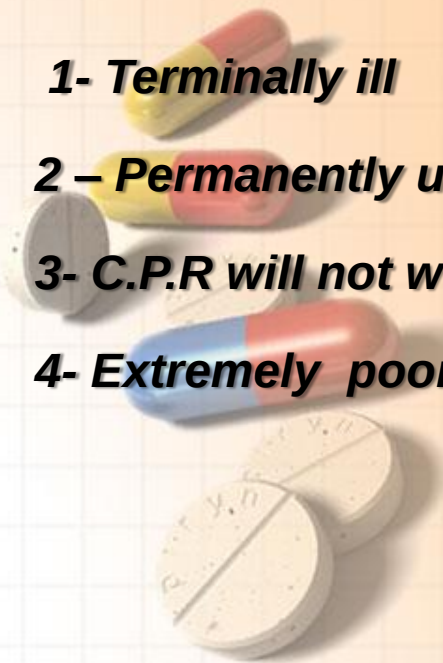
عقب ماندگی ذهنی و بیماران روانی ➤



D.N.R

Definition: Medical staff not to try to revive patient in emergency condition if heart & lungs function has stopped

D.N.R Indication

- 
- 1- Terminally ill***
 - 2 – Permanently unconscious***
 - 3- C.P.R will not work (Medical Futile)***
 - 4- Extremely poor Expected outcome of C.P.R***

D.N.R POLICY

1- Living will

2- Written(information form)

Family member

Adult patient

Health care agent

Guardian

Save in medical record

Living will is a written document that expresses in advance

Specific instruction & choices about various types of medical

Condition & patient wishes in seriously ill & condition not

Able communicate



Mandatory Reporting

A – Elder abuse :

Five categories of abuse must be reported :

- 1. Physical abuse → restraints**
- 2. Abandonment abuse → prevention of visitor , phone call**
- 3. Isolation abuse**
- 4. Financial abuse**
- 5. Neglect → Not receive adequate care**

B – Child abuse :

- 1. Physical abuse**
- 2. Sexual abuse**
- 3. Punishment**
- 4. Neglect**

C – Domestic violence → Even minor injuries

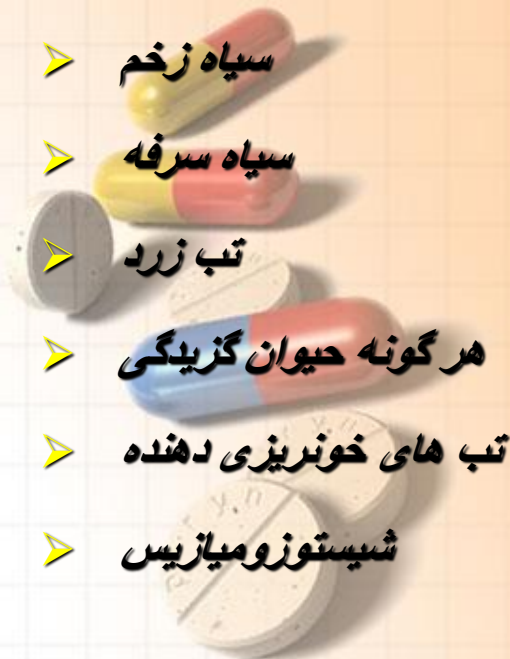
Reporting Requirements

- **Abuse reports must be made by telephone as soon as possible .**
- **Telephone reports must be followed up in writing .**
- **The identity of nurse who reports abuse , is kept confidential absolute immunity from civil and criminal liability .**



لیست بیماریهایی که نیاز به گزارش تلفنی فوری می باشد

- طاعون
- تیفوس
- مالاریا
- بوتولیسم
- سیاه زخم
- سیاه سرفه
- تب زرد
- هرگونه حیوان گزیدگی
- تب های خونریزی دهنده
- شیستوزومیازیس
- لپتو سپروز
- سل
- ایدز
- تب راجعه
- فلج شل حاد
- سرخک
- سندرم سرخچه مادرزادی
- دیفتری
- کزاز نوزادان
- مننژیت
- وبا



عوارض شدید واکسناسیون شامل :

- مرگ ، بستری در بیمارستان ، آبسه ، انفادنیت و هرگونه عارضه منجر به تشویش عمومی
- افزایش بروز ناگهانی در سایر بیماریهای عفونی



برخی شرایط خاص مورد نیاز گزارش تلفنی به نیرو انتظامی

➤ کودک آزاری

➤ مجهول الهوية Loss of

identification

➤ انواع خشونت Violence

➤ مسمومیت با داروها و گازها

➤ هر نوع مهر مفقود شده ؟

➤ آزارهای جنسی

➤ هر نوع گواهی ولادت مفقود شده

➤ صدمات ناشی از گلوله و مواد

➤ هر نوع جواز دفن مفقود شده

➤ خودکشی ها

➤ منفجره Explosive injury

➤ غرق شدگی Drowning

➤ گلوله خوردگی Ball injury

➤ سقوط از ارتفاع Falling of height

➤ تصادفات



تحويل بالینی بیمار (ISBAR)



اهمیت تحویل شیفت پرستاری

فرآیند تحویل شیفت پرستاری یک قسمت حیاتی در ارائه مراقبت های بهداشتی پیشرفته محسوب می گردد. این فرآیند سیستمی از ارتباطات پرستاران است که در بین تغییر شیفت انجام می گردد و هدف آن انتقال اطلاعات اساسی برای مراقبت ایمن و همه جانبه از بیماران است. هدف فرآیند تحویل شیفت انتقال مسئولیت مراقبت یک بیمار، از یک نفر به دیگری است و شامل تبادل اطلاعات بیمار است.

اگر به خوبی صورت نپذیرد میتواند باعث عواقب خطرناکی برای بیماران تیم ارائه کننده خدمات سلامت سازمان همچنین درمان نامناسب یا آسیب بالقوه به بیماران میشود

- تحویل و تحول صحیح بیماران از شامل :

- شیفتی به شیفت دیگر

- از سرویسی به سرویس دیگر

- از بخش به واحدهای پاراکلینیک

- تحویل بیمار از پزشک به پرستار

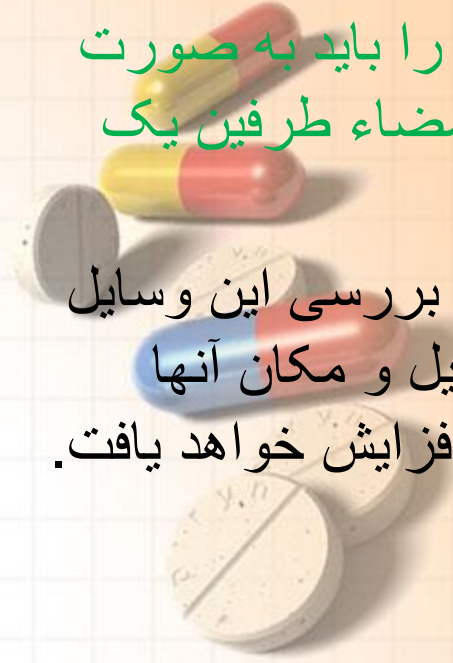
- از پرستار به پزشک



- تحویل شیفت پرستاری دارای قسمت های مختلفی است که با مسائل قانونی ارتباط تنگاتنگی دارند و آشنایی با آنها برای پرستاران ضروری است.

• شرح وظایف رده های مختلف پرستاری در زمان تحویل شیفت پرستاری

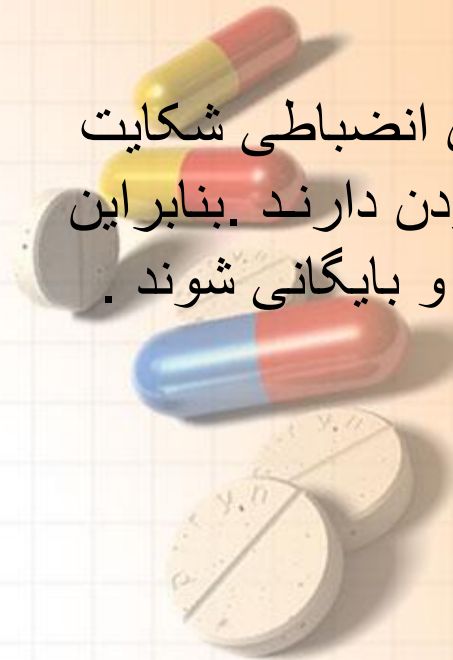
- یکی از وظایف مهم پرسنل حین تغییر و تحول، بررسی وسایل بخش از نظر تعداد و سالم بودن آنها است. باید تک تک وسایل را به دقت چک و کنترل کنند. برای محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار، ایمن و سالم هستند. وسایل ناقص و خراب سریعاً باید تعمیر و یا جایگزین شوند و به سرپرستار گزارش گردد.
- اگر در بخش شما کمبود امکانات و تجهیزات که احتمال آسیب به بیماران در اثر آنها وجود دارد و شما مجبور به پذیرش وضع موجود هستید، شرایط را باید به صورت مکتوب در طی چند نوبت به سرپرستار گزارش کرده و با مهر و امضاء طرفین یک نسخه جهت بایگانی شخصی نزد خود نگه دارید (اتوماسیون).
- بهتر است ترالی اورژانس توسط پرستاران بررسی گردد چرا که بررسی این وسایل در هر شیفت توسط پرستار باعث افزایش آشنایی پرستار با این وسایل و مکان آنها خواهد شد و آگاهی و سرعت عمل پرستار در مواقع اورژانس افزایش خواهد یافت.



- بعد از بررسی وسایل، نوبت به ارائه گزارشات بیمار به صورت شفاهی می شود.
- فایده گزارشات شفاهی این است که به پرسنل پرستاری اجازه می دهد تا سوال پرسند یا اطلاعات را برای خود شفاف کنند.

- در این حین ، حضور کلیه پرستاران و مسئول بخش الزامی است که باید احاطه کامل بر کلیه امور داشته باشد. یکی از مشکلات قانونی که حین ارائه گزارشات پیش می آید این است که ممکن است گاهی افراد بیان شدن یا نشدن مطلبی را حین تحویل شیفت پرستاری انکار کنند، برای رفع این مشکل، توصیه می شود که دفاتری تهیه شود و پرستار مسئول هر بخش گزارشات شفاهی بیان شده حین تحویل شیفت پرستاری را با دقت در این دفاتر ثبت نماید. این دفاتر باید به عنوان یک سند قانونی در یک مکان مناسب و امن نگهداری و بایگانی شوند.

- افراد می توانند در مورد مشکلات قانونی تا یکسال به هیات های انضباطی شکایت نمایند اما در دادگاههای عمومی افراد تا ابد فرصت شکایت کردن دارند. بنابراین این دفاتر و اسناد باید مهر و موم شده و در مکان مناسب نگهداری و بایگانی شوند.



وظایف سرپرستار در تحویل و تحول بیمار

- به سرپرستاران توصیه میشود که تدابیری را بکار گیرند تا تغییر و تحول وسایل استرس زیادی به پرستاران تحمیل نکند و مانع تمرکز پرستاران حین تحویل شیفت نگردد. کم کردن تعداد اقلامی که نیاز به چک کردن در هر شیفت دارد و واگذاری این مسئولیت ها به کمک بهیاران در بخش باعث افزایش بهره وری از زمان خواهد شد .
- به موقع در بخش حاضر شوند و با پرسنل شیفت قبل، ارتباط مناسبی برقرار نمایند .
- بیماران را به طور مناسب بین پرستاران شیفت تقسیم نمایند
- با سایر پرستاران بر بالین بیماران با خوشرویی حاضر شوند
- قبل از رفتن بر بالین بیماران موارد اسپتیک را رعایت نمایند
- خود را به بیماران و خانواده ها معرفی نمایند.
- یک نفر را (معمولا کمک بهیار یا منشی) در زمان تحویل و تحول به عنوان مسئول پاسخگویی در ایستگاه پرستاری تعیین نمایند.



- گزارشات را در دفتر تعیین شده ، به طور خوانا ثبت نماید. در ثبت اطلاعات موارد قانونی را رعایت نماید.
- پرستاران را تشویق کند که گزارشات را به صورت جامع (توجه به تمامی جنبه های بیمار) ارائه نمایند.
- در صورت منحرف شدن بحث ویا بیان قضاوت ها و پیش فرض ها در مورد بیماران ، در صورت بیان صحبت های حاشیه ای، با مداخله به موقع، حواسها را متمرکز نماید.
- با رهبري مناسب، مدیریت زمان را با توجه به اصول انجام دهد و با توجه به نوع بیماریها، در هر جلسه تحویل شیفت یک نکته آموزشی را بیان نمایند.
- در صورت وجود بخشنامه یا دستورالعمل جدید، آن را به اطلاع پرستاران برساند.
- بر بالین تک تک بیماران حاضر شوند وپرستار مسئول هر بیمار را معرفی نمایند .
- در صورت وجود مشکلات، فرصت بیان احساسات و نگرانی ها را برای پرستاران شیفت قبل فراهم نمایند .
- در پایان تحویل شیفت، به طور مناسب از پرستاران شیفت قبل تشکر نمایند.
- و برای پرستاران شیفت جدید آرزوي شيفت کاري خوبی را داشته باشند .

وظایف پرستاران در تحویل و تحول بیمار

- "پرستاران شیفت قبل" با توجه به چهار چوب تهیه شده گزارشات بیماران را به طور شفاهی (با استفاده از یادداشتهای خود) ارائه دهند.
- از مهارتهای ارتباط کلامی و غیر کلامی برای تاثیر پذیری کلام خود استفاده نمایند.
- در ضمن ارائه گزارشات، از تماس چشمی برای تاثیر پذیری کلام خود استفاده نمایند.
- در ارائه گزارشات (طبق چارچوب) تاکید بر نکات مراقبتی و پرستاری باشد.
- اطلاعات را به صورت دقیق، صحیح، عینی، کامل و جامع ارائه دهند.
- در ارائه گزارشات، مراقبت های انجام شده در شیفت قبل و برنامه های مراقبتی شیفت بعد به صورت متعادل بیان گردد.



وظایف کمک بهیاران در زمان تحویل شیفت پرستاری

- "کمک بهیاران • " به موقع در بخش حاضر شوند.
- وسایل مصرفی بخش را طبق استاندارد بخش، تحویل بگیرند.
- ارزیابی ایمنی بیمار و محیط اطراف بیمار
- آیا تخت سالم است و در موقعیت مناسب قرار دارد؟
- آیا نرده های کنار تخت بالا هستند؟
- آیا سیستم های ساکشن و اکسیژن سالم هستند؟
- آیا محدود کننده براساس قوانین استفاده شده اند؟
- آیا زنگ خطر در دسترس است؟



HAND-OFF

- انتقال مراقبت از یک ارائه کننده مراقبت به دیگری
- بصورت چهره به چهره و بر بالین بیمار انجام می شود .
- از تکنیکهای ارتباطی یکسان ISBAR برای گزارش دهی استفاده می شود .
- موارد مورد ابهام حتما " تکرار می شود .
- بعد از اتمام مراحل تحویل و تحول ، کلیه مسئولیت های مراقبت از بیمار ، به عهده فرد تحویل گیرنده است .
- مکانیسمی برای انتقال اطلاعات و مسئولیت ها و اختیارات از یک فرد یا گروه مراقبت به فرد یا گروه دیگری می باشد .



تحويل بیماران بر اساس ISBAR توسط پرستاران



Identify مشخصات شناسایی هویت بیمار و پرسنل

- پذیرش/ تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج و . . .



بیان وضعیت (situation)

در خصوص شرح حال و وضعیت فعلی بیمار توضیح می دهد

ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی و . . .



زمینه و سوابق (Background)

در خصوص شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار توضیح می دهد

بیان تشخیص ، دلیل پذیرش ، تاریخ پذیرش

خلاصه مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده اند .
فهرستی از داروهای تجویز شده ، آلرژی ها و حساسیتهای فرد ، مایعات تزریق شده و غیره
علائم حیاتی بیمار

نتایج آزمایشگاهی : تاریخ و زمان تستهای انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی

آخرین علائم و یافته های بالینی بیمار

و . . .



ارزیابی انجام شده (Assessment)

- وضعیت جاری بیمار و تشخیص های محتمل و میزان وخامت حال بیمار را ارزیابی می کند

ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی
درد

میزان خطر سقوط و زخم فشاری

وضعیت ذهنی و عصبی بیمار

تعداد تنفس و کیفیت آن ، تعداد نبض و کیفیت آن

تغییرات در ریتم قلبی

رنگ پوست

سطح اکسیژن



پیشنهادات و توصیه ها (Recommendation)

پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز
به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل :

اجرای دستورات دارویی

انجام پروتکل سقوط

زخم فشاری

سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی
ها ، نوار قلب و . . .



باتشكر از توجه شما

