

## چک لیست گزارش نویسی در اتاق عمل

ردیف	عنوان	۰	۱	۲
<b>عمل از قبل</b>				
۱	نحوه تحویل بیمار به اتاق عمل، وضعیت بیمار هنگام پذیرش، نوع عمل و وسایل همراه را با ذکر تاریخ و ساعت ورود ثبت می کند.			
۲	برگه مراقبت های قبل از عمل را کنترل کرده و کلیه فاکتورهای موثر در جراحی (آزمایشات، مشاوره ها، علائم حیاتی، داروها و تجهیزات قبل از عمل، بیماری های زمینه ای ....) و نکات غیرطبیعی را ثبت می کند.			
۳	وضعیت روانی بیمار و آموزش های مورد نیاز قبل از عمل را نیز ثبت می کند.			
<b>عمل حین</b>				
۱	ساعت شروع عمل، نوع بیهوشی، برش و محل قراردادن پلیت کوتر را ثبت می کند.			
۲	هر نوع اتفاق حین عمل ( خونریزی زیاد، شوک، ایست قلبی و...) را با ذکر اقدامات انجام شده و نتیجه آن ثبت می کند.			
۳	در نمونه صورت برداشتن محل نمونه برداری، نوع و تعداد نمونه، اندازه تقریبی، را گزارش و ثبت می کند.			
۴	تعداد گازها و لنگازها، کلیه وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا و قبل از دوختن جلد شمارش کرده و ثبت می کند. (بهتر است از فرم مخصوص استفاده شود)			
۵	هر نوع داروی مصرف شده حین عمل ( داروهای بی هوشی، داروهای افزایشنده یا کاهشنده فشار خون و ... ) را که توسط مسئول بی هوشی تجویز و ثبت شده، مشاهده کرده و عکس العمل بیمار نسبت به این داروها را حین عمل ثبت می کند.			
۶	ساعت پایان عمل را ثبت می کند.			
۷	زمان خروج لوله تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله را ثبت می کند.			
۸	وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، میزان جذب و دفع) را با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری ثبت می کند.			
<b>پس از عمل : (ریکاوری)</b>				
۱	وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود را ثبت می کند.			
۲	وضعیت بیمار (هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، میزان جذب و دفع، عکس العمل بیمار نسبت به داروها، وضعیت پانسمان و درن ها، نمونه پاتولوژی، وضعیت و رنگ پوست) را در طول اقامت در ریکاوری تا خروج از آن را به طور منظم در برگه ریکاوری و گزارش ثبت می کند.			
۳	هر نوع تغییر در وضعیت همودینامیک را بیمار با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن در پرونده ثبت می کند.			
۴	وضعیت بیمار در هنگام انتقال به بخش را با ذکر اقدامات انجام شده و اقداماتی که بایستی در بخش انجام و پیگیری شود به صورت مکتوب در پرونده درج می کند.			
۵	ساعت خروج از ریکاوری و اعزام به بخش را نیز در پرونده درج می کند.			
<b>کلی قوانین</b>				
۱	در برگه گزارش، مشخصات بیمار به طور کامل ثبت می گردد.			
۲	گزارش پرستاری توسط فردی با حداقل مدرک کارشناسی ثبت می گردد.			
۳	گزارش پرستاری با خودکار آبی/مشکی نوشته شده است.			
۴	برای ثبت گزارش، اوقات شبانه روز را به طور کامل و با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ استفاده می نماید.			

۵	گزارشات را خوانا و با سازماندهی (نظم و ترتیب در اقدامات) ثبت می کند.
۶	گزارش خط به خط نوشته و اگر فضایی باقی ماند ، یک خط افقی کشیده و تاریخ ، ساعت ، نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء درج می شود .
۷	گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی است یا در صورت خط خوردگی در بالای آن ، کلمه " اصلاح شد " نوشته می شود و در پایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده ، امضاء و سمت فرد مشخص می شود.
۸	کلیه گزارشات را در زمان وقوع هر انجام هر اقدام با ذکر ساعت و تاریخ ثبت می کند.
۹	توالی ثبت اقدامات پرستاری رعایت شده است.
۱۰	در انتقال خون باید نوع و میزان فرآورده خونی ، تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون و علایم حیاتی ثبت می شود .
۱۱	در صورت واکنش به انتقال خون ، نوع و مقدار خون و فرآورده خونی ، زمان شروع و توقف انتقال خون ، تاریخ و ساعت واکنش و علایم مشاهده شده در بیمار و درمان انجام شده و نتایج آن ثبت می شود.
۱۲	فرم های مربوط به هموویژولانس بطور صحیح تکمیل می شود
۱۳	در گزارش CPR زمان و نوع ایست ( فقدان نبض یا تنفس ) ، زمان شروع CPR ، ریتم در شروع دارو درمانی و پس از اجرا دارو درمانی ، ریتم در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون ، لوله گذاری ، اکسیژن درمانی ، ABG تعداد دفعات دفیبریلاسیون ، دارو درمانی ، واکنش مردمک ها ، افراد عضو تیم احیاء و زمان خاتمه CPR ثبت می شود .
۱۴	از واژه های مبهم مثل خوب ، نرمال ، متوسط و ... در گزارش استفاده نمی شود .
۱۵	از نوشتن کلمات و جملات تکراری و غیرضروری خودداری شده است.
۱۶	آیا از کاربرد علایم اختصاری غیر استاندارد خودداری شده است؟
۱۷	پرستار پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، نام ، نام خانوادگی و سمت خود را نوشته و پایین گزارش خط می کشد و امضاء می کند .
۱۸	در مواردی که نیاز به امضاء دو پرستار است، این قانون رعایت شده است.

امضا:

تاریخ:

ناظر: