



گزارش نویسی در پرستاری

مدرس
حبیب شارعی نیا



- در لغت به معنی تفسیر، شرح و تفصیل خبر یا کاری که انجام یافته است
- هر نوع انتقال اطلاعاتی که بر مبنای موازین علمی از منابع موثق تحصیل گردیده و طبق اصول و ضوابطی ویژه تنظیم و تدوین شده باشد و به فرد یا افرادی مشخص به منظور اطلاع یا اتخاذ تصمیم ارائه گردد.
- ثبت گزارشات پزشکی و بالینی بیمار یکی از جنبه های فعالیت پرستاری است.
- پرستار به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت بهداشتی لازم است که اطلاعات مربوط به بیمار را به دقت، در زمان مناسب و به روشی موثر انتقال دهد.

- گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record) گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consulation) صورت می گیرد.
- در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند.
- از مهم ترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای (پزشک، پرستار و...) می باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران از اهمیت بسزایی دارد.

اهداف گزارش نویسی

- **۱.ارتباط:** هدف اصلی از گزارش نویسی ارتباط بین اعضای مختلف تیم درمان در زمان های تعامل با بیمار است. به یاد داشته باشیم سایر اعضای تیم درمان در مورد پرستار و مشارکت او با تیم درمان بر پایه آنچه که او در پرونده می نویسد قضاوت می کنند.
- **۲.برنامه ریزی مراقبتی:** بر اساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می شود.
- **۳.برآورد کیفیت:** بر اساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکل، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.
- **۴.پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی:** گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند بهترین منبع و مدرک پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد.
- بیماران هزینه درمانی خود را بر اساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

- ۵. آموزش:** گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می شود.
- ۶. تحقیق:** پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی-درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب کرده و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.
- ۷. تاریخی:** اطلاعات و یافته های بهداشتی-درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار ارزش تاریخی دارد.
- ۸. اعتبار بخشی:** سازمان های بهداشتی با استفاده از گزارشات ثبت شده مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نمایند.

روش های گزارش نویسی

➤ گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی

در این روش اطلاعات طبقه بندی شده توسط پرستار، پزشک، کارشناس آزمایشگاه و ... هر کدام در برگه مخصوص خود وارد می شود.

➤ گزارش نویسی به روش SOAPIE

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| ▶ S = Subjective Data | مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار |
| ▶ O = Objective Data | مشاهدات عینی |
| ▶ A = Assessment | بررسی و ارزیابی |
| ▶ P = Planning | برنامه ریزی |
| ▶ I = Intervention | اجرا |
| ▶ E = Evaluation | ارزشیابی |

➤ گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار P.O.M.R

در این روش تاکید بر مشکل طبی بیمار و مراقبت از اوست. نه تنها درمان ها بلکه دلایل معالجات و مراقبت ها ذکر می شود. سیر بیماری به طور مرتب ثبت شده و پرستار، پزشک، فیزیوتراپیست و ... در یک محل گزارش های خود را می نویسند.

اصول ثبت الگو در این روش:

- ✓ اطلاعات پایه
- ✓ لیست مشکلات
- ✓ طرح های اساسی
- ✓ گزارش پیشرفت بیماری

➤ گزارش نویسی به روش گام به گام

گزارش به ترتیب اولویت، بر اساس شرایط بیمار به شکل زیر نوشته می شود:

- ✓ گزارش پذیرش بیمار
- ✓ گزارش بدو ورود
- ✓ گزارش تغییر شیفت
- ✓ گزارش قبل از عمل
- ✓ گزارش ریکاوری
- ✓ گزارش بعد از عمل
- ✓ گزارش آموزش به بیمار
- ✓ گزارش ترخیص
- ✓ گزارش فوت

➤ گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری

در این روش گزارشات بر اساس تشخیص های پرستاری نوشته می شوند.

➤ گزارش داستانی

کلیه وقایع، مراقبت ها و گفته های بیمار بدون آن که از فرایند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود به ترتیب ثبت می شود.

* مثال:

در ساعت ۹ بیمار می گوید "من مدتی است که به سختی نفس می کشم" تنفس وی ۳۲ بار در دقیقه، نبض ۱۲۰ و فشارخون ۱۲۰/۷۰ است. بیمار هنگام درد از عضلات بین دنده ای استفاده می کند. صداهای تنفسی سمع شد. کراکل و ویزینگ در لوب های تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت ۱۰:۴۵ نمونه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی فرستاده شد. اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه با ماسک داده شد. برای آرامش دادن به بیمار، پرستار در کنار تخت وی باقی ماند.

خصوصیات یک گزارش پرستاری علمی و صحیح

Actuality	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness and Concise	۳. کامل و مختصر
Current	۴. پویا
Organize	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

خصوصیات یک گزارش پرستاری علمی و صحیح

۱. **دقیقت:** گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان کرده و شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود و احساس می کند. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک و تردید در فرد خواننده می کند جدا خودداری نماید.

به هیچ عنوان از کلماتی چون **به نظر میرسد** و **یا ظاهراً** و **ممکن است** استفاده نکنید.

□ **مثال:**

- ✓ گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با کسی را ندارد و اشتهای خوبی به غذا ندارد.
- ✓ گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر میرسد.

۲. **دقت در گزارش نویسی:** موارد ثبت شده در مورد بیماربایستی دقیق باشد تا اعضا تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

□ مثال:

✓ گزارش صحیح: بیمار 360cc مایعات مصرف کرده است.

✓ گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

✓ گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5cm طول دارد.

✓ گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار است.

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری غیراستاندارد جدا خودداری

❖ 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 شود. 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.

۳. کامل بودن گزارش: اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

✓ گزارش صحیح: انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بود، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت وریدی طی ۲ ثانیه انجام گردید، نبض روی پای قوی، ۴+ و دو طرفه است.

✓ گزارش غلط: انگشتان پای چپ مددجوگرم و صورتی رنگ است. التهاب وجود ندارد، بازگشت وریدی خوب است نبض روپایی در پای چپ قوی است، نبض روپایی در هر دو پا احساس می شود.

۴. پویا بودن گزارش: گزارش نویسی باید 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 می گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

❖ **فعالیت ها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:** علایم حیاتی، تجویز دارو و اقدامات درمانی، آماده کردن بیمار برای تست های تشخیصی، تغییر در وضعیت سلامت، پذیرش-ترخیص یا انتقال، تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

۵. سازماندهی گزارش: اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرم های مخصوص استفاده گردد.

۶. محرمانه بودن گزارش: کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهیان و وابستگان بیماران باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

۴ نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران

۱- گزارش تعویض شیفت:

یکی از مهم ترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است به صورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش، در کنار تخت بیمار انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. گزارش تعویض شیفت ممکن است به صورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود. راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود. در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت های پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبت های دریافت شده بحث نماید.

۲- گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

اطلاعات واضح است

اطلاعات صحیح است

اطلاعات دقیق است

اطلاعات خلاصه است

گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده ثبت گردد. موارد ثبت شده عبارتند از: زمان و نام خود ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی، اطلاعات ارائه و دریافت شده در برگه گزارش.

در موقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سوال پزشکی از جمله علایم حیاتی، رژیم درمانی و... با توجه به آن پاسخ داده شود.

✓ دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.

۳- گزارش حوادث:

هدف از گزارش حوادث، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقا کیفی کار پرستاران استفاده می شود. پرستاران موظف اند با سیاست ها و قوانین مرکز درمانی در ارتباط با گزارشات حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم بهره گیرند.

۴- گزارش بدو ورود:

ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای دارد پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.

راهنمایی ثبت برخی از اقدامات پرستاری

➤ گزارش قبل از عمل:

- ✓ ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد و...)
- ✓ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ✓ ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید GCS, T, PR, BP
- ✓ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سند ها، لوله تراشه و...)
- ✓ ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- ✓ آمادگی انجام شده (انما، شیو و...)
- ✓ در مورد سزارین ذکر سن حاملگی، علت سزارین، وضعیت جنین ثبت می شود. کنترل صدای قلب، حرکات جنین و... الزامی است. ثبت نام و نام خانوادگی پرستار، امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ.

Click to add title

➤ گزارش ریکوری:

- ✓ ثبت ساعت ورود به اتاق ریکوری
- ✓ ثبت نوع عمل انجام شده
- ✓ ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری، تاریخ شروع عمل و پایان عمل
- ✓ وضعیت عمومی بیمار (استفراغ، خونریزی و...) با قید ساعت، نام و امضا پرستار
- ✓ ثبت علام حیاتی زمان تحویل و ثبت اطلاعات مربوط مثل (FC، NGT، لوله تراشه، چست تیوپ، وزنه و...)
- ✓ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار با درخواست
- ✓ ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اتاق عمل اتفاق افتاده و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد
- ✓ ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد
- ✓ در سزارین ثبت جنس نوزاد، آپگار، آنومالی ظاهری، یا به ظاهر سالم ثبت شود

Click to add title

➤ گزارش بعد از عمل:

- ✓ ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ✓ ثبت نوع عمل انجام شده
- ✓ ثبت وضعیت عمومی با قید علایم حیاتی، سطح هوشیاری، درد و ...
- ✓ ثبت وضعیت درن ها، تیوپ ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسما
- ✓ ثبت علایم حیاتی و برون ده ادراری در ساعات اولیه
- ✓ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیشگیری
- ✓ در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد، ساعت شروع تغذیه یا شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و ...
- ✓ در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود

Click to add title

➤ گزارش ترفیص:

- ✓ کنترل اینکه ترخیص بیمار توسط پزشک امضا شده باشد
- ✓ وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص باقید علایم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه آموزش های(شفاهی، پمفلت و...)
- ✓ آموزش های ضمن ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از زخم و علایم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.
- ✓ روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی
- ✓ دادن کارت ترخیص
- ✓ در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند گرفتن اثرانگشت الزامی است
- ✓ چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تازمانی که مادر مرخص نشده گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد.

Click to add title

➤ گزارش فوتی:

- ✓ وضعیت عمومی قبل از فوت : علایم حیاتی، علایم ذهنی و عینی باقیمانده ساعت و تاریخ
- ✓ ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ✓ ثبت ساعت فوت با نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر می شود یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد)
- ✓ در موارد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده به دنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد)
- ✓ راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت
- ✓ ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل داده شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد
- ✓ باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شود و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانده شود.

Click to add title

گزارش درد: ➤

کیفیت درد: تیز و مبهم	منتشر	ارجاع نشده
شدت درد	شدید ۱۰-۸	متوسط ۷-۴
دوره درد: مداوم	متناوب	زود گذر
عوامل تشدید کننده درد و تخفیف دهنده آن		
واکنش های رفتاری : آشکار سازی فیزیولوژیکی همانند تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس، فشار خون و واکنش مددجو		

Click to add title

➤ گزارش دارو درمانی:

✓ شکل دارو، اسم دارو، مقدار دارو، راه مصرف و واکنش متقابل دارویی

➤ اکسیژن درمانی:

✓ دلیل شروع اکسیژن درمانی

✓ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت

✓ روش اکسیژن درمانی

✓ میزان اکسیژن درمانی

✓ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

➤ زخم و شکاف پوستی:

وجود یا عدم وجود ترشح	نزدیک بودن لبه زخم	وسعت و اندازه زخم	ناحیه زخم
نوع محلول شستشو	وجود درن	رنگ و نوع و میزان ترشح	واکنش بیمار مانند تب، درد، احساس نگرانی
	درن (توجه به خونریزی و عملکرد مناسب)		

Click to add title

➤ سونداژمثانه:

هدف از سونداژ مثانه سائز سوند نوع سوند ثبت مانور قبل از سونداژ
حجم مایع برای فیکس حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ
در صورت شستشو حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

➤ گاواژ:

دلایل لوله گذاری نوع گاواژ: متناوب و مداوم حجم و نوع محلول گاواژ
حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ رنگ ترشحات برگشتی از معده واکنش مددجو

➤ لاواژ:

دلایل لاواژ نوع و حجم محلول لاواژ حجم و رنگ مواد برگشتی واکنش مددجو

➤ درمان داخل وریدی

- ✓ وسایل مورد استفاده برای رگ گیری
- ✓ تاریخ و موضع وارد نمودن آنژیوکت یا اسکالپ وین
- ✓ مقدار، نوع، تعداد قطرات سرم و وضعیت موضع تزریق در هر نوبت کاری
- ✓ در صورت تغییر محل آنژیوکت، محدها تاریخ نوشته شده و دلایل آن مانند انسداد، فلبیت و ... ذکر شود.
- ✓ مواردی که به بیمار و خانواده اش آموزش داده شده است

➤ نکات اساسی در گزارش CPR:

- ✓ زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- ✓ زمان شروع احیای قلبی - ریوی
- ✓ ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجرای دارو درمانی
- ✓ ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از آن
- ✓ لوله گذاری، اکسیژن درمانی و ABG
- ✓ تعداد دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- ✓ دارو درمانی
- ✓ واکنش مردمک ها
- ✓ افراد تیم احیا
- ✓ زمان خاتمه CPR

چک لیست ثبت و گزارش نویسی

خیر	بلی	موارد چک لیست
		۱- علائم حیاتی با رنگهای تعیین شده چارت می گردد. (۱)
		۲- فرمهای داخل پرونده در تمامی شیفتها توسط پرستار کنترل میگردد. (اطلاعات خواسته شده در بالای فرمها کامل می باشد).
		۳- دستورات پزشکی با خودکار قرمز چک می شود. (هر یک از دستورات بطور مجزا)
		۴- تعداد دستورات چک شده ثبت می شود.
		۵- درمحل بستن دستورات پزشکی تاریخ و امضا قید می گردد.
		۶- درابتدای گزارش پرستاری تاریخ و ساعت بطور کامل نوشته می شود. (سال- ماه- روز)
		۷- درپایان گزارش پرستاری، نام و سمت گزارشگر قید؛ و گزارش پرستاری مهور می گردد.
		۸- از گذاشتن جای خالی درگزارش پرستاری خودداری می گردد.
		۹- از اختصارات قابل قبول و استاندارد استفاده می شود.
		۱۰- دیکته کلمات بطور صحیح نوشته می شود.
		۱۱- در صورت اشتباه درثبت ، پرستار یک خط نازک بر روی آن کشیده و در بالای آن کلمه (اشتباه یا Error) قید میشود.
		۱۲- چک راند ۲۴ ساعته گزارش پرستاری و دستورات پزشکی ، قید می گردد.
		۱۳- علائم بیماری (درد- تهوع- استفراغ- خستگی) بطورکامل ثبت می شود. (۲)
		۱۴- ساعت انجام مراقبتهای پرستاری (پانسمان-حمام و...) قید می گردد.
		۱۵- عکس العمل مددجو در مورد انجام مراقبت پرستاری قید می گردد.
		۱۶- درصورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی اقدامات و نتایج حاصله ثبت می گردد.
		۱۷- داروهای داده شده بطور کامل ثبت می گردد. (۳)
		۱۸- وضعیت خواب و استراحت مددجو بطورکامل ثبت می گردد. (۴)
		۱۹- وضعیت اشتها و تغذیه مددجو بطور کامل ثبت می شود. (۵)
		۲۰- مواردیکه نیماز بیه پیگیری و انجام اقدامات دارد ، ثبت می شود. (آزمایشها، عکسپرداریها، مشاوره و.....)
		۲۱- جواب آزمایشات غیرطبیعی و اقدامات بعمل آمده ثبت میگردد.
		۲۲- وقایع و حوادث اتفاقی بطور کامل ثبت میگردد. (۶)
		۲۳- وضعیت دفع مددجو بطور کامل ثبت می شود. (۷)
		۲۴- آموزشهای داده شده در هنگام بستری بیمارثبت می شود.
		۲۵- آموزشهای داده شده در هنگام ترخیص بیمارثبت می شود.
		۲۶- در گزارش پرستاری ، پمفلتهایی که در اختیار بیمار و همراه گذاشته می شود، قید میگردد.
		جمع امتیاز

امام علی علیه السلام :

نوشتہ (و نامہ) انسان ، نشانِ خرد او و دلیلِ فضل اوست .

غرر الحکم : ۷۲۶۰ منتخب میزان الحکمة : ۴۸۲