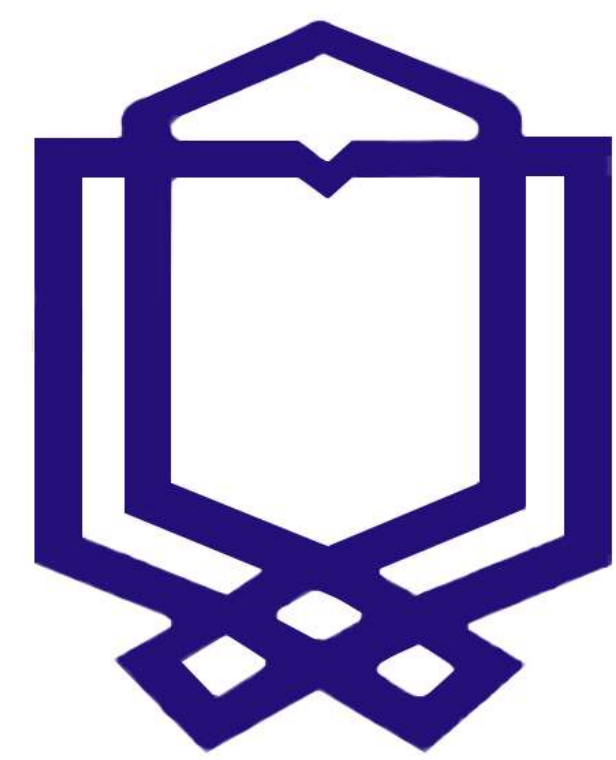




دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

گزارش نویسی در مامایی

سخنران:

دکتر فاطمه گودرزی

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

تاریخ ارائه



گزارش نویسی در مامایی و زنان



ارزیابی (خطر) Assessment

➤ اخذ شرح حال

➤ انجام معاینه فیزیکی

➤ بررسی های پاراکلینیک

➤ ارزیابی رشد و سلامت جنین

پس از ارزیابی اولیه:

بستری

❑ تعیین:

➤ برنامه درمانی

➤ برنامه مراقبتی

➤ اقدامات و پیگیری های بعدی

مدیریت سرپایی

❑ مشخص بودن:

➤ برنامه درمانی

➤ توصیه ها یا برنامه مراقبتی

➤ اقدامات و پیگیری های بعدی

➤ آموزش های داده شده

➤ تاکید بر علائم هشدار

➤ ارجاع

اخذ و ثبت شرح حال

➤ مشخصات کامل مددجو ➤ سابقه مامایی

➤ شرح حال قاعدگی ➤ تعیین سن بارداری

➤ حاملگی فعلی

➤ حاملگی قبلی (تاریخچه زایمان ➤ (روش پیشگیری از بارداری

➤ شرح حال پزشکی ➤ شرح حال جراحی

➤ سوابق و حساسیت دارویی و واکنش های آلرژیک

➤ سابقه خانوادگی ➤ شرح حال اجتماعی

➤ مروری بر کل سیستم های بدن



در صورت وجود مشکل یا مورد غیر طبیعی در هریک از موارد شرح حال اخذ
تاریخچه دقیق مرتبط با هر عارضه ضروری
است.

انجام و ثبت معاینه فیزیکی

عمومی:

➤ کنترل علائم حیاتی

تعیین BMI

➤ معاینه فیزیکی کل بدن

اختصاصی (مامایی):

□ مشاهده، لمس، شنیدن، بوییدن

➤ شکم

مانورهای لئوپولد، ارتفاع رحم، انقباض رحم، ضربان قلب و

حرکات جنین و هرگونه مشاهده یا لمس غیر عادی در شکم

➤ لگن (در زنان و مامایی)

➤ دستگاه ژنیتال



**وجود هر علامتی که نشان دهنده مشکلی باشد، انجام معاینه
بالینی مرتبط با آن را ایجاب می کند.**

ارزیابی و ثبت مستندات پاراکلینیک

➤ تست های آزمایشگاهی (خون / ادرار / کشت)

➤ سونوگرافی

➤ نتایج بافت شناسی

➤ پاپ اسمیر

➤ MRI

➤ رادیوگرافی

➤ اسکن

➤ نتایج مشاوره ها

ارزیابی و ثبت رشد و سلامت جنین

➤ ارزیابی های کلینیکی (ارتفاع رحم ، ضربان قلب و حرکات جنین)

➤ سونوگرافی

➤ آزمون غیر استرسی (NST) ➤ بیوفیزیکال پروفایل

➤ آزمایش های غربالگری ➤ نتایج مشاوره ژنتیک

➤ سایر آزمون های اختصاصی

➤ تمام اطلاعات مربوط به سلامت جنین در هر بار معاینه مادر بررسی و ثبت می گردد.



■ ماما/پرستار می بایست قدرت تشخیص موارد غیر طبیعی را داشته باشد و به پزشک نیز اطلاع دهد.

■ هیچ برگه ای بدون مطالعه و تفسیر و پیگیری های الزم نمی بایست داخل پرونده گذاشته شود.



گزارش و ثبت هر گونه موارد غیر طبیعی در
اسرع وقت
(در مادر و نوزاد)



گزارش لیبر و زایمان

موارد ثبت در بخش لیبر و زایمان

- ▶ طریقه ورود، علت مراجعه (شکایت فعلی)
- ▶ ساعت و تاریخ انجام ویزیت ▶ اخذ شرح حال کامل
- ▶ علائم حیاتی
- ▶ یافته های معاینات فیزیکی مادر (عمومی و اختصاصی)
- ▶ ارزیابی سلامت جنین
- ▶ مستندات پاراکلینیک (سونوگرافی ها، آزمایش ها و...) برای مادر و جنین
- ▶ تشخیص و دلیل بستری
- ▶ گزارش موارد غیرطبیعی (در مادر و جنین)
- ▶ آگاهی و رضایت نوع زایمان
- ▶ تاریخ، ساعت و مشخصات کامل مامای پذیرش

در بخش لیبر (مرحله اول زایمان)

وضعیت عمومی و علائم حیاتی مادر

کنترل ضربان قلب جنین

روند پیشرفت لیبر و مراحل آن (معاینات واژینال) ➤ (وضعیت کیسه آب و مایع آمنیوتیک

کنترل انقباضات رحم

محلول های تزریقی **(اینداکشن)**

داروهای مورد استفاده **(لزوم تجویز، نوع دارو، دوز دارو، طریق مصرف دارو، زمان تجویز)**

وضعیت مثانه ➤ پوزیشن و تحرک مادر

روش های تسکین درد ➤ آموزش های داده شده به مادر

موارد ثبت در اتاق زایمان (مرحله دوم)

■ ساعت انتقال به اتاق زایمان ■ علائم حیاتی و وضعیت عمومی مادر

■ پوزیشن مادر (برای زایمان) ■ (ضربان قلب جنین

■ مراحل پیشرفت زایمان ■ طول مرحله دوم زایمان

■ وضعیت مثانه

■ ساعت تولد و جنسیت نوزاد

■ نمره آپگار ■ شرح اپیزیاتومی

■ اقدامات اولیه انجام شده جهت بررسی سلامت نوزاد

■ هرگونه مداخله در حین زایمان (استفاده از ابزار، مانور خاص)....

■ داروها و مایعات استفاده شده

■ بروز هرگونه مشکل یا عوارض احتمالی و اقدامات انجام شده و نتایج آنها (با ذکر ساعت)

مرحله سوم زایمان

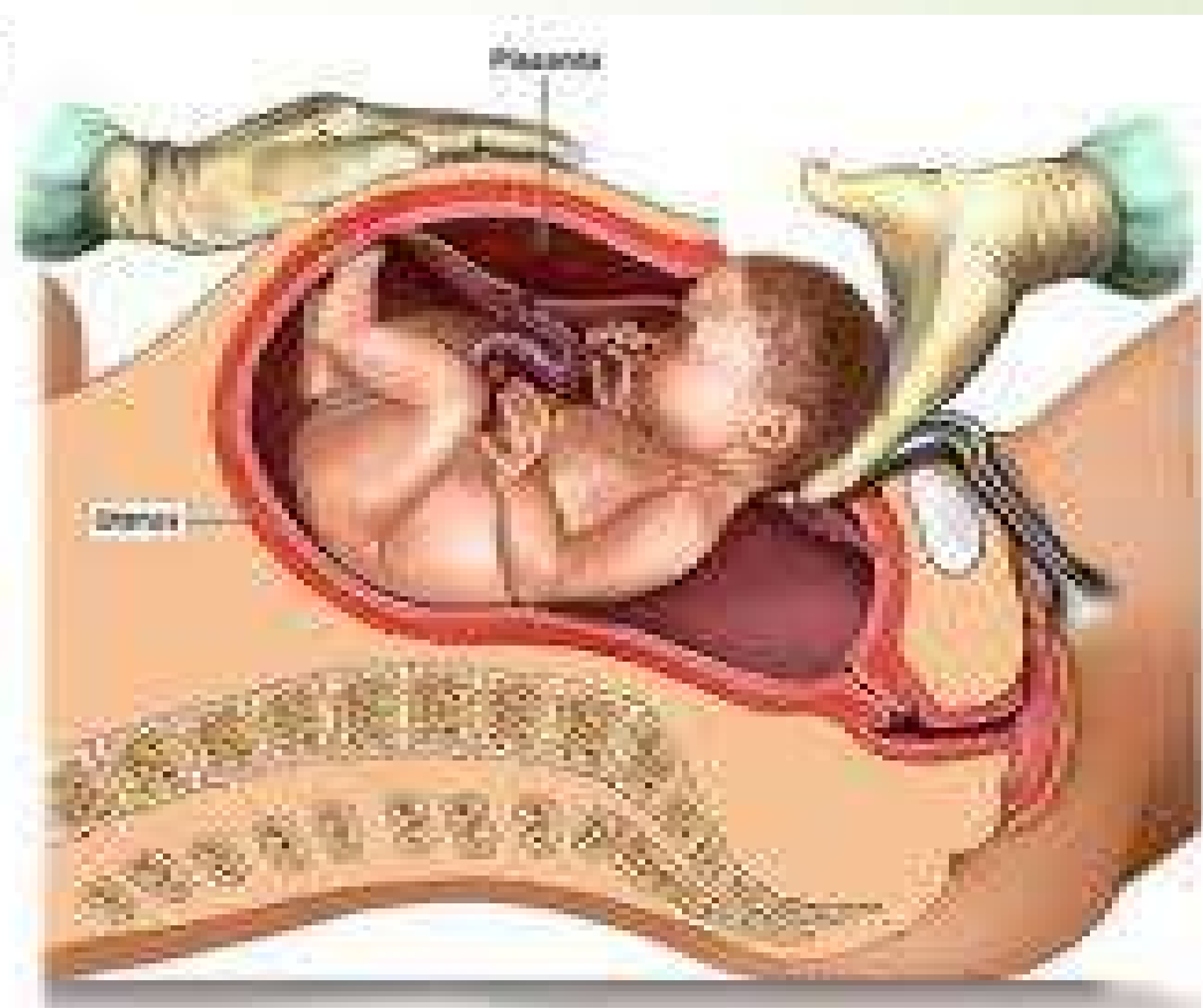
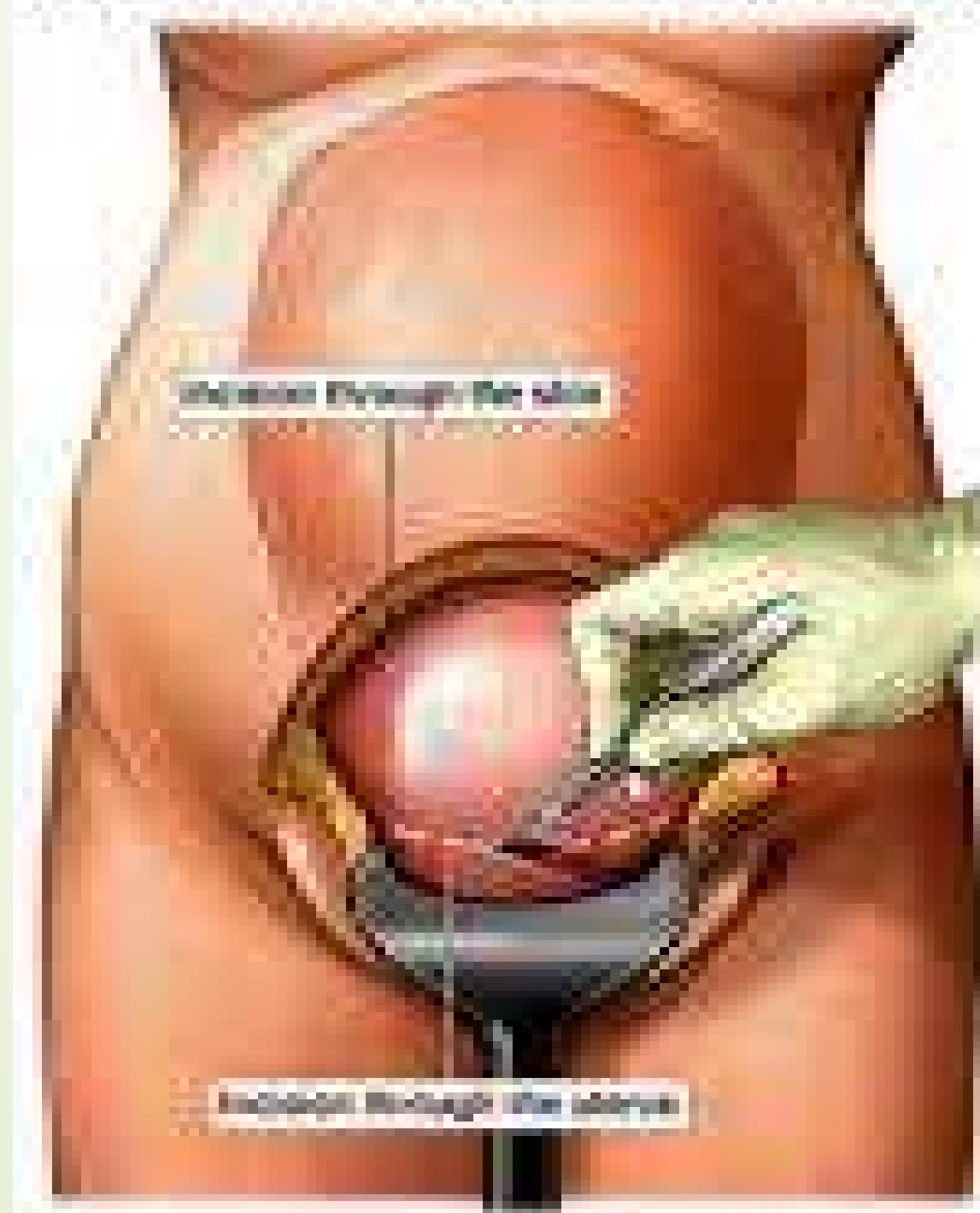
- ساعت خروج جفت
- نحوه و کیفیت خروج جفت
- میزان خونریزی
- انقباض رحم
- حال عمومی و علائم حیاتی مادر پس از زایمان
- معاینه جفت و پرده ها
- مایعات و داروهای استفاده شده
- شرح ترمیم اپیزیاتومی (پارگی های احتمالی کانال زایمان)
- وضعیت مثانه
- بروز هرگونه مشکل یا عوارض احتمالی و اقدامات انجام شده و نتایج آنها (با ذکر ساعت)

پس از زایمان

- ساعت و طریقه انتقال مادر به بخش
- حال عمومی مادر (کنترل علائم حیاتی، خونریزی و انقباض رحم)
- وضعیت مثانه
- در صورت نیاز به انجام آزمایش یا ارسال نمونه، ساعت ارسال و پیگیری جواب آن
- اثر انگشت مادر، کف پای نوزاد، دستبند نوزاد
- ضریب آپگار نوزاد
- مقادیر اندازه گیری قد، دور سر، دور سینه و وزن
- اقدامات انجام شده جهت بررسی سلامت و معاینه تخصصی نوزاد
- شروع تغذیه با شیر مادر
- مشکلات بعد از تولد (در مادر و نوزاد)، اقدامات انجام شده و نتایج آنها (با ذکر ساعت)
- اقدامات مراقبتی و ایمنی نوزاد

گزارش عمل جراحی (سزارین)

Incisions for caesarean section



مراحل گزارش عمل جراحی

- قبل از عمل
- حین عمل
- مراقبت بیهوشی
- بعد از عمل

گزارش قبل از عمل

- توسط پرسنل بخش کلیه مراقبت های قبل از عمل برای بیماران انجام و در برگ مخصوص چارت و در ۳ مرحله چک می شود:
- توسط فردی که مسوولیت مراقبت را داشته است
- توسط مسوول شیفت
- زمان تحویل به اتاق عمل

نکات ثبت گزارش قبل از عمل

- ساعت و نحوه انتقال مددجو به اتاق عمل ➤ علایم حیاتی و وضعیت عمومی مددجو
- نوع عمل
- دستورات دارویی و آمادگی های انجام شده قبل از عمل
- کنترل کلیه مستندات پاراکلینیک، اقدامات ، تدارکات و پیش بینی های لازم قبل از عمل
- وضعیت وسایل همراه و اتصالات به مددجو (سوند، سرم و...) ..
- سابقه و حساسیت دارویی یا واکنش های آلرژیک
- عادت به سیگار، الکل و مواد مخدر
- رضایت عمل
- **در مورد سزارین؛ سن حاملگی، علت سزارین، ضربان قلب جنین**
- بیان و ثبت موارد غیر طبیعی
- نام و نام خانوادگی ماما / پرستار و امضاء باقید تاریخ و ساعت

گزارش مراقبت حین عمل

➤ توسط سه نفر نوشته می شود:

➤ جراح (که دقیقاً شرح عمل را ثبت می نماید)

➤ پرستار سیر کولر

➤ پرستار اسکراب

نکات ثبت گزارش حین عمل

- ساعت شروع عمل
- نوع بیهوشی یا بی حسی
- محل و برش عمل
- ثبت دقیق داروها و مایعات مورد مصرف
- تاثیر و عکس العمل بیمار نسبت به داروها
- ساعت پایان عمل
- در صورت برداشتن نمونه؛ محل نمونه برداری، نوع، تعداد و اندازه تقریبی نمونه
- تعداد گاز، لنگاز، ابزارهای جراحی و وسایل مورد استفاده
- زمان خروج لوله تراشه، وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله
- علائم حیاتی و سطح هشیاری بیمار
- میزان جذب و دفع
- هر نوع اتفاق یا عوارض احتمالی حین عمل، اقدامات انجام شده و نتیجه آن
- ساعت خروج از اتاق عمل (و ورود به ریکاوری)

گزارش ریکاوری

- ساعت ورود به ریکاوری
- وضعیت عمومی و علایم حیاتی زمان تحویل
- نوع و محل دقیق عمل انجام شده
- نوع بیهوشی، سطح هوشیاری، تاریخ، ساعت شروع و پایان عمل
- وضعیت پانسمان، درن و اتصالات مربوطه
- میزان جذب و دفع
- تحویل نمونه های بیوپسی و برگه های مربوطه
- هرگونه مشکل ، عارضه نامطلوب، ناخواسته یا اورژانسی در اتاق عمل /ریکاوری
- هر گونه اقدامات، پیگیری یا ارزیابی های الزم پس از انتقال
- وضعیت بیمار هنگام انتقال به بخش، با ذکر اقدامات انجام شده
- در سزارین؛ ثبت جنس نوزاد، آپگار، آنومالی ظاهری
- ساعت خروج از ریکاوری و انتقال به بخش با نام و مشخصات تحویل گیرنده

گزارش بعد از عمل (در بخش)

- ساعت تحویل یا ورود به بخش
- وضعیت عمومی با قید علایم حیاتی و سطح هوشیاری، درد و...
- ثبت نوع عمل انجام شده
- نوع وضعیت دادن بیمار روی تخت
- عوارض احتمالی بیهوشی
- وضعیت درن ها، تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح
- وضعیت پانسمان ■ برون ده در ساعت اولیه
- اقدامات انجام شده ■ اقدامات پیگیری

■ در سزارین، شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ ، وضعیت دفع ادرار و مدفوع

نوزاد، مراقبت از بندناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد، مانند ویزیت پزشک

بیماران با توجه به تغییری که بیماری در زندگی آنها به وجود آورده نیاز به آموزش، راهنمایی و مشاوره دارند.

یکی از تاثیرات آموزش به مددجو، در زمان تصمیم گیری درمانی توسط وی است.

اهداف آموزش:

➤ حفظ سلامتی، ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری

➤ سازگاری با عوارض یا ناتوانی ناشی از بیماری

در آموزش به آمادگی های ذهنی، جس می، عاطفی، تجربه، رشد و تکامل، سطح تحصیلات، علاقه به یادگیری، مهارت های برقراری ارتباط، زبان و.... توجه نمایید و اولویت های آموزشی را مد نظر داشته باشید.

گزارش ترخیص

■ کنترل امضاء پزشک جهت ترخیص

■ وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با

قید همراه، آموزش های داده شده (شفاهی، پمفلت و...) .

■ ثبت آموزش های رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از خود، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده

■ روشن نمودن هرگونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی، دادن کارت ترخیص و مراجعات بعدی

■ در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند، حتما قید شود که به رغم توصیه در مورد

ادامه درمان، با رضایت و آگاهی از عوارض، بیمارستان را ترک می نماید (گرفتن اثرانگشت الزامی است).

■ در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند، اقدامات دارویی و پرستاری طبق

دستور پزشک باید ادامه یابد.

■ چنانچه نوزاد مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده، گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید

ادامه داشته باشد.



در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات ذهنی تحویل بیمار به

بستگان نزدیک، در غیر این صورت، ثبت مشخصات تحویل گیرنده و آدرس وی

ترخیص بیمارانی که توسط نیروی انتظامی و سایر سازمان ها به

بیمارستان تحویل داده شده اند، بایستی طی نامه اداری و تلفنی به آنان اطلاع

داده شود.

دقت نمایید بیمار فقط به سازمان آورنده بیمار تحویل داده شود و رسید

تحویل در پرونده ضمیمه گردد.

نکات کلی و ضروری در ثبت دقیق و صحیح گزارش

- نوشتن مشخصات و سمت گزارش دهنده و بستن گزارش با یک خط
- ذکر نام و مشخصات مددجو در بالای همه صفحات پرونده
- نوشتن خوانا و مرتب
- استفاده از خودکار آبی یا مشکی
- عدم گذاشتن فضای خالی بین جملات و مطالب
- خودداری از علامت ایضا(«»)
- در صورت طولانی شدن گزارش، ادامه آن با نوشتن جمله یا کلمه «ادامه دارد»
- استفاده از اعداد ۱-۲۴ جهت ثبت اوقات شبانه روز
- استفاده از اختصارات بین المللی شناخته شده
- در صورت عدم اجراء دستور پزشک (یا هر اقدام مراقبتی دیگر) ذکر دلیل آن
- ثبت دقیق موارد مرتبط با مستندات پاراکلینیک
- ثبت دقیق موارد مرتبط با دریافت مایعات وریدی
- اجتناب از ثبت اقدامات قبل از اجرای آن

ادامه

- انحصاراً ثبت گزارش هایی که خود ارایه داده، یا بر اجرای آن نظارت داشته اید.
- خودداری از نوشتن گزارش بجای همکار دیگر
- خودداری از انتقاد سایرین در گزارش
- بیان علائم، نشانه ها و مشکلات با استفاده از کلمات خود بیمار
- پرهیز از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار
- خودداری از بکار بردن واژه های مبهم و تا حد امکان استفاده از توصیفات قابل اندازه گیری
- اطمینان از کامل بودن پرونده بیمار، قبل از ارسال آن برای مدارک پزشکی
- استفاده از برگه های استاندارد جهت ثبت گزارش
- ثبت وضعیت عمومی بیمار بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی
- توضیحات الزم هنگام استفاده از وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ و....)

ادامه

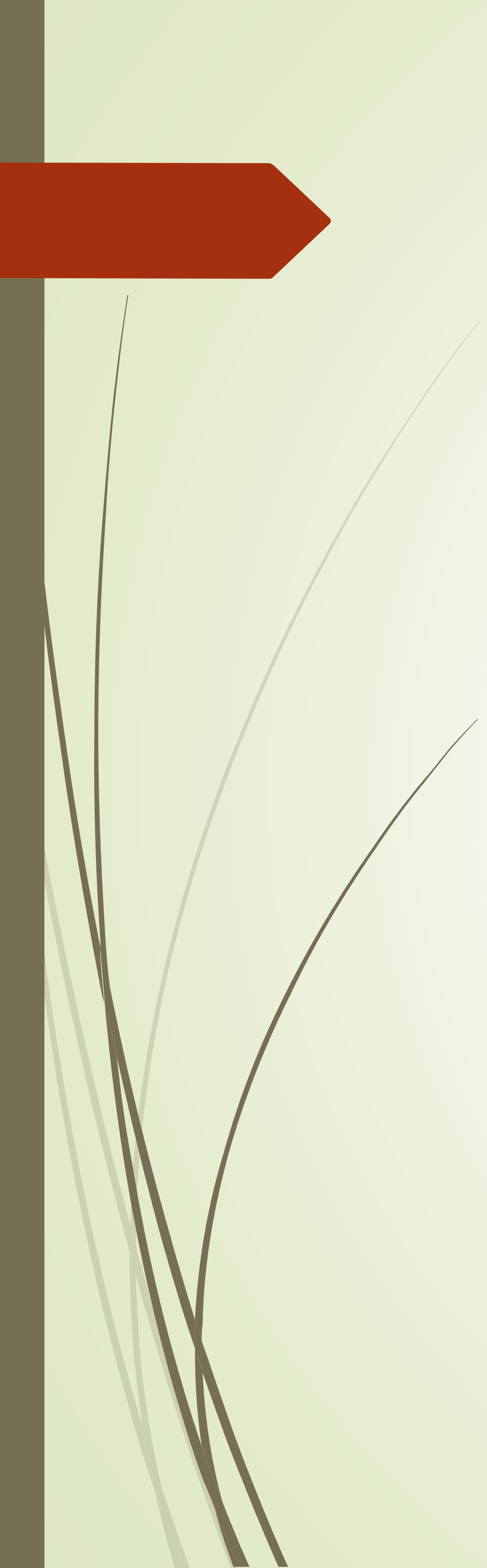
- ثبت و علائم و نشانه های هشدار دهنده (که در صورت بروز باید به پزشک اطلاع داده شود).
- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته است (سقوط، اشتباهات

دارویی)

- گزارش وضعیت غیر طبیعی یا ارایه اقدام خاص (در اسرع وقت، همراه با ثبت دقیق ساعت آن)
- گزارش هر گونه علائمی یا مشکلی که می تواند در برنامه درمانی یا مراقبتی تاثیر داشته باشد
- ذکر آموزش های داده شده به بیمار (یا همراه وی)
- حفظ اصول رازداری و محرمانه بودن اطلاعات

تصحیح موارد اشتباه در گزارش

- اجتناب از سیاه کردن یا لاک گرفتن عبارات اشتباه
- خط کشیدن روی موارد اشتباه (به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد)
- نوشتن کلمه اشتباه یا Error در قسمت جلو یا بالای مورد اشتباه و نوشتن گزارش صحیح بعد از آن
- در ثبت موارد جا افتاده از باز کردن آکولاد خودداری گردد.
- ثبت تاریخ، ساعت و سمت فرد گزارش دهنده، پس از ثبت مورد فوق



سعدی

به راهِ بادیه رفتن
به از نشستنِ باطل
و گر مراد نیابم
به قدرِ وسع بکوشم

mimteam.com